

THESIS

München

1968

SUICIDVERSUCH IN DER ADOLESZENZ

LANE MEDICAL LIBRARY
STANFORD UNIVERSITY
MEDICAL CENTER
STANFORD, CALIF. 94305

HANS-JÜRGEN *L*OVERSOHL

AUS DER NERVENKLINIK DER UNIVERSITÄT MÜNCHEN
Komm. Direktor; Professor Dr. M. KAESS

SUICIDVERSUCH IN DER ADOLESCENZ

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde in der gesamten Medizin
verfaßt und
einer Hohen Medizinischen Fakultät
der Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von
HANS-JÜRGEN OVERSOHL

aus Waldkraiburg

München 1968

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen
Fakultät der Universität München

Berichterstatter:	Professor Dr. H. DIETRICH
Mitberichterstatter:	Professor Dr. M. KAESS
Dekan:	Professor Dr. F. HOLLE

Tag der mündlichen Prüfung: 23. Juli 1968

MEINER LIEBEN TANTE LUISE
IN DANKBARKEIT GEWIDMET

Der Selbstmord ist ein Ereignis der
menschlichen Natur, welches, mag auch
darüber schon so viel gesprochen und
gehandelt sein, als da will, doch einen
jeden Menschen zur Teilnahme fordert,
in jeder Zeitepoche wieder einmal
verhandelt werden muß.

Goethe (Dichtung und Wahrheit)



Digitized by the Internet Archive
in 2026

INHALTSVERZEICHNIS

	Seite
A Einleitung und Problemstellung	7
B Literatur	10
C Untersuchungsmaterial und voraussetzende Bemerkungen	16
D Eigene Untersuchungen	18
I. Kindheit und Elternhaus der geretteten Selbstmörder	18
II. Gesundheitszustand der geretteten Selbstmörder	30
III. Freundschaften der geretteten Selbstmörder	33
IV. Sexualität und die Beziehungen zum anderen Geschlecht bei den geretteten Selbstmördern	35
V. Schule und Beruf der geretteten Selbst- mörder	40
VI. Die Bedeutung der einzelnen Lebensbereiche bei den geretteten Selbstmördern	47
VII. Stimmungen und Gefühle beim Selbstmord- versuch	51
VIII. Zur Psychopathologie der geretteten Selbst- mörder	55
IX. Zur Nosologie der geretteten Selbstmörder	59
E. Zusammenfassende Auswertung der wichtigsten Ergebnisse und Vergleich derselben mit der Literatur	63
F. Literaturverzeichnis	74

A. EINLEITUNG UND PROBLEMSTELLUNG

Schon seit mehr als 2000 Jahren befaßt sich die Menschheit mit der Erscheinung des Suicids. Von den vielfältigsten Fragestellungen und Denkrichtungen aus ist das Problem bisher beleuchtet worden. Dichter, Schriftsteller, Philosophen, Theologen, Juristen, Psychologen, Soziologen und Psychiater haben ihre Beiträge dazu geliefert.

Das Hauptanliegen der heutigen Bemühungen zum Thema Suicid ist die Selbstmordprophylaxe. 1946 gründete RINGEL in Wien an der ersten psychiatrischen Universitätsnervenklinik die erste planmäßige ärztliche Lebensmüdenberatung. Nach diesem Vorbild gibt es heute in vielen Großstädten der Welt Betreuungseinrichtungen, an welche sich Lebensmüde und Ratsuchende telephonisch oder persönlich wenden können. Seit 1960 existiert eine internationale Arbeitsgemeinschaft für Suicidprophylaxe. Trotz dieser Anstrengungen hat die Zahl der Selbstmorde nicht abgenommen, sondern sie steigt eher an. Aus einer umfassenden Statistik von E. MEIER, veröffentlicht im September 1962, geht hervor, daß bei den 10- bis 15jährigen Jugendlichen die Selbstmordfrequenz in den Jahren 1956 - 1959 gegenüber den Jahren 1952 - 1955 um 12 % gestiegen ist, bei den 15- bis 20jährigen um 9 %. Diese Zahlen beweisen, daß dem Selbstmord als einer der häufigsten Todesursachen der Jugendlichen eine immer wachsendere Bedeutung zukommt, da ja die Sterblichkeit infolge körperlicher Krankheiten immer mehr abnimmt.

Auch BAPPERT und RINGEL weisen auf die Zunahme der Selbstmorde und Selbstmordversuche Jugendlicher hin.

Gerade bei den Jugendlichen ließen sich viele Selbstmorde verhindern, wenn das Wissen über ihr Zustandekommen, das ja die Voraussetzung zu einer wirksamen Hilfe ist, noch weiter verbreitet wäre. Einen Beitrag zu diesem Wissen zu liefern, soll der Sinn dieser Arbeit sein, die ich auf Anregung von Herrn Professor Dr. Dietrich durchführte. Es soll die Entwicklung der Jugendlichen bis hin zum Selbstmord untersucht werden, um auf diese Weise genauere Aussagen über Ursachen und Anlässe des Selbstmords machen zu können.

B. LITERATUR

Die Literatur über Fragen des Suicids und des Suicidversuches ist in den letzten Jahren sehr angewachsen. Es sind schon zwei Bibliographien dazu erschienen; eine vollständige von ROST aus dem Jahre 1927 und eine kritisch auswertende von DE BOOR aus dem Jahre 1947.

Auch die Theorien über den Selbstmord haben sich sehr gewandelt.

Die ältere Psychiatrie um die Mitte des vorigen Jahrhunderts setzte Selbstmord mit Geisteskrankheit gleich. Diese Auffassung vertraten vor allem ESQUIROL und BOURDIN. Es spiegelte sich in dieser Lehrmeinung noch die über viele Jahrhunderte maßgebliche christliche Selbstmordauffassung wieder. 1897 begründete DURKHEIM die soziologische Theorie des Selbstmordes. Danach sind vor allem Wirtschaftsfaktoren, Religions- und Rassenzugehörigkeit, Beruf, Wohnort und Familienstand für den Selbstmord bestimmend. THOMAS erwähnt in seinem Handbuch der Selbstmordverhütung, daß diese Theorie heute noch in den Ländern des Ostblocks vertreten wird. Nach westlicher Auffassung ist sie nur beschränkt gültig in dem Sinne, daß "negative soziologische Faktoren als Krankheitsursachen selbstmordsteigernd wirken"(THOMAS). Psychiater wie KRAEPELIN, BUMKE und KRAFFT-EBING befassen sich vor allem mit den Zusammenhängen zwischen Selbstmord, Melancholie, Dementia praecox und Hysterie. KRAEPELIN sieht im Selbstmord vor allem das Zeichen eines gesteigerten oder entarteten Trieblebens, wobei im Triebleben nach KRAEPELIN vor allem die Funktionen der Selbsterhaltung gestört sind.

Nach Auffassung FREUDS kommt der Selbstmord eines Melancholikers auf folgende Weise zustande:

Das Objekt seiner Libido hat den Patienten enttäuscht. Es kommt zu einer Regression in das narzistische Stadium und zu einer Identifikation mit dem Liebesobjekt, so daß die freiwerdenden Aggressionen sich nun gegen den Melancholiker selbst richten. Mit dem Selbstmord wird also gleichzeitig eine symbolische Tötung des nun gehaßten Liebesobjektes vollzogen.

FREUD hatte diese Zusammenhänge nur an der Melancholie studiert, seine Schüler weiteten diese These jedoch auf jeden Selbstmord aus.

Von psychiatrischer Seite wird heute wohl der Selbstmord am ehesten im Sinne von RINGEL gedeutet, nämlich als der "Abschluß einer krankhaften psychischen Entwicklung".

RINGEL veröffentlichte 1953 eine Untersuchung über 795 gerettete Suicidanten. Davon waren 14 % psychotisch, bei den anderen lag eine Störung des seelischen Verhaltens im Sinne von Neurosen, neurotischen Reaktionen und Psychopathien vor.

Als einen wichtigen Hinweis für die Suicidtendenz beschrieb RINGEL das präsuicidale Syndrom, worunter er

1. eine zunehmende Einengung,
2. verstärkte und gleichzeitig gehemmte Aggression,
3. die Flucht in die Irrealität

versteht.

Für RINGEL ist der Suicid das letale Ende einer langdauernden Erkrankung, die vermeidbar und heilbar ist und deren tödlicher Ausgang verhindert werden kann.

Nach dieser kurzen Übersicht über die allgemeine Entwicklung des Suicidproblems von psychiatrischer Sicht zur speziellen Literatur über den Selbstmord bzw. Selbstmordversuch bei Jugendlichen! Es soll nicht unsere Aufgabe sein, alle Arbeiten wiederzugeben und kritisch zu besprechen. Wir wollen die wichtigsten Veröffentlichungen kurz erwähnen. Einzelheiten aus diesen Arbeiten werden bei der Gegenüberstellung unserer Ergebnisse mit der Literatur zur Sprache kommen.

EMMINGHAUS (1887) meint, daß trotz Mangel an statistischen Berichten nichts gegen die Annahme spreche, daß analog den Selbstmorden Erwachsener auch bei Kindern und Jugendlichen zwei Drittel durch Geisteskrankheit, infolge melancholischer und hypochondrischer Zustände, veranlaßt würden.

SIEGERT (1891) hält die Familie und die Schule für den Kinder- und Jugendlichenselbstmord verantwortlich.

BAER, BUDDE und vor allem GURLITT, von dem der Begriff "Schüler selbstmorde" stammt, sehen in dem Einfluß der Schule die wichtigste Ursache für das Zustandekommen des Suicids.

GERHART (1909) stellt fest, daß es bei dem achten Teil aller Selbstmörder der höheren Schulen vor allem die Lektüre von Ibsen, Schopenhauer und Nietzsche gewesen sei, die "Herz und Gemüt vergiftet habe". "Durch anhaltendes, hier und da auch gemeinschaftlich betriebenes Lesen solchen Schriften haben sie sich mit den bekannten Schlagwörtern des Atheismus und Pessimismus von der Wertlosigkeit des menschlichen Daseins angefüllt" (GERHARDT).

Es waren dann vornehmlich psychiatrische Untersuchungen, die die Schule wieder von der Schuld und dem Mißtrauen, in das sie durch die Schriften vor allem von Pädagogen gekommen war, befreiten.

EULENBURG (1909) führt als Ursachen der Schüler selbstmorde geistige Schwäche, psychopathische Veranlagung oder verständnislose und falsche Erziehung an.

NETER (1911) sieht die Hauptschuld an den Schülerelbstmorden in der falschen elterlichen Erziehung und in dem allgemeinen nervösen Milieu.

HOCHÉ (1913) betont in einer Abhandlung über Schülerelbstmorde, daß es wohl ausnahmslos psychopathisch veranlagte Persönlichkeiten waren, die den Tod wählten.

SCHMIDT erklärt in einem 1939 publizierten Beitrag über Selbstmordversuche Jugendlicher, daß die Suicidneigung Jugendlicher nicht ausschließlich aus Charakterabwegigkeiten im Zusammenspiel mit einschneidenden Erlebnissen zu erklären sei. Es spiegelt sich in den Berichten Jugendlicher, in der Motivierung, die sie hinterlassen oder bei mißglückten Versuchen geben, immer wieder eine überpersönliche endogene Note, die unabhängig von äußeren Einflüssen und auch ohne Zusammenhang mit sexuellen Regungen ein Ausdruck des seelischen Werdens, der allgemeinen Krise der Pubertät sei.

GRUHLE (1940) geht in seiner Monographie über den Selbstmord auch auf den Jugendelbstmord ein. Er weist auf die Bedeutung der Pubertät hin, die "durch Unruhe, Aufwühlung, Unsicherheit, Unausgeglichenheit, und Getriebenheit" selbst als Ursache des Selbstmordes auftreten kann.

HINTERMANN (1954) untersucht in seiner Dissertation über die Ursachen des Selbstmordes bei Jugendlichen die Lebensgeschichten von 42 sogenannten normalen, d. h. nicht psychisch oder physisch krank erscheinenden jugendlichen Selbstmördern. Er unterzieht vier Fälle einer näheren Analyse und unterscheidet zwischen äußeren und inneren Ursachen. "Die äußere Ursache, das ist das auslösende Moment der Tat, kann alles sein, was den Menschen in starke sinnliche Erregung versetzt". Die innere Ursache, die eigentliche Ursache, bestehe in einem Fehlen des Lebensinhaltes. Der Mensch habe dann einen Lebensinhalt, wenn er davon "ergriffen" werde. Die wichtigsten Arten der "Ergriffenheit" seien die Freude, das Staunen, die Liebe und der Glaube.

HINTERMANN versucht in seiner Arbeit eine Synthese zwischen Heilpädagogik und einer Psychologie, die auf der christlichen Moraltheorie fußt.

In einer 1955 erschienenen Arbeit von BAADER über Kinder- und Jugendelbstmord wird besonders darauf hingewiesen, daß 80 % der Probanden aus ungeordneten Elternhäusern oder gestörten Familien stammten.

RINGEL befaßt sich 1959 in einer Publikation speziell mit den Selbstmordversuchen Jugendlicher. Seine dort mitgeteilten Ergebnisse stützen sich auf die Exploration, die weitere klinische Beobachtung und Behandlung von 136 weiblichen Patienten im Alter zwischen 14 und 20 Jahren.

Diagnostisch teilt er seine Patienten in 4 Gruppen ein:

1. neurotische Reaktion, "Hilfeschrei" im Sinne von STENGEL, bei 49 Patientinnen,
2. fehlende Beziehung zu sich selbst und zur Welt bei 39 Patientinnen,
3. Psychopathie bei 34 Patientinnen,
4. Debität bei 14 Patientinnen.

Der Autor macht ferner auf die Häufung von Selbstmordversuchen Jugendlicher in letzter Zeit aufmerksam.

Von ZUMPF erschien 1958 eine Arbeit, in welcher sie sich vor allem mit den Persönlichkeitsmerkmalen bei der weiteren Entwicklung 34 Kindern und Jugendlichen befaßt, die einen Selbstmordversuch unternommen hatten. Sie weist darauf hin, daß "Selbstmordhandlungen bei Kindern und Jugendlichen nicht als Einzelerscheinung, sondern als Signalsymptom einer seit längerer Zeit bestehenden Fehlentwicklung aufzufassen sind". Ein für sie besonders eindrucksvolles und etwas überraschendes Ergebnis der katamnästischen Beobachtung ist die Tatsache, daß eben die Bindungslosigkeit der Patienten diese nicht nur hinsichtlich weiterer Suicidversuche, sondern ganz allgemein im Sinne einer zunehmenden Verwahrlosung gefährdet. Diese Erscheinung verpflichtet uns umso mehr, Kindern und Jugendlichen, die einen Suicidversuch unternommen haben, besondere Aufmerksamkeit zuzuwenden.

Auch THOMAS geht in seinem 1964 erschienenen Handbuch der Selbstmordverhütung auf den Jugendselbstmord ein. Er behandelt ihn vorwiegend unter dem Gesichtspunkt der Lebensmüdenbekämpfung, die in diesem Fall eine Erziehungsberatung sein muß. Unter den selbstmordgefährdeten Faktoren nennt er an erster Stelle auch bei Jugendlichen die unverarbeiteten Liebeserlebnisse, an zweiter Stelle die Familienschwierigkeiten und drittens die Schulschwierigkeiten.

Er weist darauf hin, "daß sich die Konflikte im Jugendalter unvergleichlich viel leichter praktisch und ursächlich lösen lassen als im erwachsenen Alter".

BRICKENSTEIN (1965) führt in seiner Untersuchung über Selbsttötungen bei Soldaten der Bundeswehr drei Faktoren an, die für das Zustandekommen von Selbsttötungen maßgebend sein sollen:

1. die bestimmenden Ursachen,
2. begünstigende Umweltbedingungen und Umstände,
3. auslösende Anlässe.

Die bestimmenden Ursachen liegen nach BRICKENSTEIN in der Persönlichkeitsstruktur des Täters; als begünstigende Umweltbedingungen führt er z. B. die Lösung aus der Obhut der Familie oder die unausgefüllte Freizeit an; als auslösende Anlässe nennt er banale Mißlichkeiten, aktuelle unvermeidbare Ärgernisse des täglichen Lebens wie z. B. unvorhergesehene Zahlungsverpflichtungen, Vorwürfe von Vorgesetzten und dergleichen mehr. Diese banalen Mißlichkeiten seien wie der letzte Tropfen, der zum Überlaufen führt.

BRICKENSTEIN vermeidet das Wort "Selbstmord" und spricht stattdessen von "Selbsttötung", weil die strafrechtlichen Voraussetzungen eines Mordes nicht gegeben seien.

FAU und Mitarbeiter (1965), die sich mit 23 suicidalen Patienten im Alter von 13 bis 23 Jahren befaßten, machten ebenfalls darauf aufmerksam, daß diese aus gestörten Familien stammten. Dadurch sei bei ihnen vor allem die Identifizierung mit dem gleichgeschlechtlichen Elternteil erschwert gewesen.

In der 1966 publizierten Arbeit über Kinder- und Jugendsuicid von WAAGE, die sich auf 18 Fälle stützt, wird hervorgehoben, daß fast immer erhebliche Milieuschäden infolge unharmonischer Familienverhältnisse bei den Patienten bestanden.

Moureu und Mitarbeiter (1966) folgern aus ihren Untersuchungen, daß Störungen des Familienlebens und daraus erwachsende Reifungsschwierigkeiten wesentliche Bedeutung haben für suicidale Tendenzen in der Adoleszenz.

POROT und Mitarbeiter wiesen in ihren 1966 vor dem Edinburgher Kinderpsychiatrie-Kongress gehaltenen Referat über suicidale Verhaltensweisen bei Adoleszenten auf die quasi konstant zerrütteten Familienverhältnisse bei diesen hin. Das Fehlen väterlicher Autorität oder die schroffe Hyperautorität schaffen ein Klima von größter Unsicherheit. Die Folge davon seien dauernde affektive Mängel.

Es ist uns bisher keine neuere Veröffentlichung bekannt, die dem einzelnen Lebensschicksal einer größeren Zahl von Jugendlichen nachgegangen ist. Es soll deshalb bei unserer Arbeit der Versuch unternommen werden, die individuelle Lebenssituation von 50 männlichen und 50 weiblichen Adoleszenten, die einen oder mehrere Selbstmordversuche unternommen haben, aufzuklären. Aus diesem Grunde werden wir ihr Verhalten in den Lebensbereichen Elternhaus, Gesundheit, Sexualität und Beziehungen zum anderen Geschlecht, Freundschaft, Schule und Beruf beleuchten. Wir hoffen, auf Grund der dabei gewonnenen Ergebnisse Aussagen machen zu können über den Bedeutungsgehalt der einzelnen Lebensbereiche für die

Suicidanten und über häufige Konflikte und Probleme, an denen die Jugendlichen scheitern. Weiterhin werden wir uns zu fragen haben, mit was für Persönlichkeiten wir es bei den Jugendlichen Suicidanten zu tun haben.

C. UNTERSUCHUNGSMATERIAL UND VORAUSSETZENDE BEMERKUNGEN

Unser Untersuchungsmaterial bestand aus jeweils 50 Krankengeschichten männlicher und weiblicher jugendlicher Patienten, die wegen eines Suicidversuches bzw. in einigen wenigen Fällen wegen drohender Suicidgefahr während der Jahre 1962 - 1965 in die Nervenklinik der Universität München eingeliefert wurden.

Die ganz wenigen Fälle von Adoleszenten, die einen Suicidversuch im Rahmen einer Schizophrenie, einer endogenen Depression oder bei schwerem Schwachsinn unternahmen, wurden in unsere Untersuchungen nicht einbezogen. Wir interessierten uns nur für den bei Jugendlichen sehr viel häufiger vorkommenden nicht-psychotischen Suicid.

(Der nicht-psychotische Suicid macht nach THOMAS bei Jugendlichen einen Anteil von 95 % aus.)

Es finden sich in unserem Material folgende Altersgruppen:

a) bei den männlichen Patienten

15 - 17 Jahre	11 Fälle
18 - 20 Jahre	19 Fälle
21 - 23 Jahre	9 Fälle
24 - 27 Jahre	11 Fälle

b) bei den weiblichen Patienten

14 - 16 Jahre	10 Fälle
17 - 19 Jahre	13 Fälle
20 - 21 Jahre	15 Fälle
22 - 24 Jahre	12 Fälle

Die Berechtigung, auf Grund dieser Altersverteilung unseres Patientengutes doch von Suicidversuchen in der Adoleszenz zu sprechen (unter Adoleszenz verstehen wir nach STUTTE den Zeitabschnitt zwischen Pubertät und Erwachsensein), ergibt sich aus zwei Gesichtspunkten:

1. Die Patienten, die ihrem Alter nach nicht mehr zu den Adoleszenten gehören, haben größtenteils im wirklichen Jugendalter ihre ersten Suicidversuche unternommen.

2. Bei den Älteren handelt es sich außerdem ausschließlich um Menschen, die in ihrer seelischen Entwicklung retardiert sind. Sie sind alle unverheiratet und haben die Aufgaben, die an einen Heranwachsenden gestellt werden, noch nicht gelöst. Zu diesen Hauptaufgaben gehören:
 - a) die zunehmende Ablösung vom Elternhaus,
 - b) die Wahl eines Berufes und
 - c) die Auseinandersetzung mit der eigenen Sexualität und dem anderen Geschlecht.

Wenn wir unsere Untersuchungen an Menschen gemacht haben, bei denen nur ein Suicidversuch vorlag, so glauben wir doch, daß wir auf Grund unserer gewonnenen Erfahrungen berechtigt sind, Aussagen über den Suicid im allgemeinen zu machen.

Wir sind mit RINGEL, DUBITSCHER, MENNINGER, SCHNEIDMAN, SCHNEIDER, FARBEROW, FREUDELL und PARNITZKE der Meinung, daß Selbstmord und Selbstmordversuch ein Gemeinsames haben, nämlich die Selbstmordtendenz, die wie RINGEL treffend ausdrückt, als das pathologische Substrat angesehen werden muß. Man kann mit DE BOOR sagen, daß qualitative Unterschiede in der Aktstruktur des gelungenen Selbstmordes und des ernsthaften Selbstmordversuches nicht bestehen. "Auch beim demonstrativen Suicidversuch ist ein gestörter Lebenswille vorhanden, d. h. ein pathologisches Substrat im Sinne der Selbstmordtendenz, wenn auch hier im einzelnen die Fälle etwas anders liegen.

Um zu einem Verstehen des Selbstmordes zu gelangen, ist es notwendig, den gesamten Lebensweg jeder einzelnen Persönlichkeit genau zu erforschen, denn wie jede Handlung, steht auch die des Suicids in dem Zusammenhang einer individuellen Entwicklung.

Es genügt nicht, nach den Motiven des Selbstmordes zu fragen, worunter wir mit RINGEL und den anderen Autoren die unmittelbare Versuchung der Tat verstehen. Diese Motive sind meist nur der direkte Anlaß eines Selbstmordes, und als solcher werden sie auch erlebt. Von diesen Anlässen sind aber, wie GAUPP und GRÜHLE zuerst vorgeschlagen haben, die Ursachen des Suicids genau zu unterscheiden. Die Ursachen sind keine besonderen Einzelereignisse des Lebens, sondern sie liegen in der Gesamtentwicklung des betreffenden Individuums und gehen meist schon auf die ersten Lebensjahre zurück.

D. EIGENE UNTERSUCHUNGEN

I. Kindheit und Elternhaus der geretteten Selbstmörder

Bei den meisten unserer Patienten beginnen die schädigenden Einflüsse schon in sehr frühen Jahren. Im folgenden greifen wir die wichtigsten Faktoren heraus, die bei ihnen die normale seelische Entwicklung beeinträchtigt haben:

1. Fehlen oder früher Verlust der Mutter.
2. Falsche Einstellung der Mutter zum Kind.
3. Fehlen oder früher Verlust des Vaters.
4. Falsche Einstellung des Vaters zum Kind.
5. Ungünstiges häusliches Milieu.
6. Psychische Erkrankungen der Eltern.
7. Konflikte mit den Geschwistern.
8. Erziehungsfehler der Eltern.

zu 1. Fehlen oder früher Verlust der Mutter

Sechs Mädchen⁺ wuchsen in Waisenhäusern oder Heimen auf. Entweder wollten die Mütter von ihnen nichts wissen, da sie unverheiratet und berufstätig waren, oder die Ehe wurde früh geschieden und die Mutter konnte das Kind bei der Wiederheirat nicht gebrauchen, oder mußte die Mutter in eine Nervenheilanstalt wegen einer Geisteskrankheit. Eine weitere Patientin kam ganztägig in den Kindergarten, da die Mutter krank und häufig abwesend war.

Eine andere verbrachte die ersten 6 Lebensjahre im Lungensanatorium wegen einer schweren Tuberkulose. Drei weitere wurden von Großmutter aufgezogen. Insgesamt fehlten bei 11 Patientinnen in der Kindheit die Mütter.

Bei den Jungen sind es sieben, die zu dieser Gruppe gehören. Zwei Patienten wurden kurz nach der Geburt von der Mutter in ein Heim gegeben, in dem einen Fall wollte die Mutter keinen Sohn, im anderen war das Kind unehelich. Fünf weitere verloren ihre Mutter in jungen Jahren, wobei die Mutter in einem Fall an den Folgen einer Vergewaltigung starb, in einem

⁺ Die Einzelergebnisse werden jeweils nach Geschlechtern getrennt dargestellt. Auf diese Weise erreichen wir eine größere Differenzierung unserer Betrachtungen.

anderen erlebte der zehnjährige Junge, wie seine Mutter durch einen Sturz aus dem Fenster ums Leben kam, bei einem dritten wurde die Mutter in einer Nervenheilanstalt interniert.

Von den männlichen Patienten wuchsen 14 ganz oder teilweise in Heimen auf. In keinem Fall wird der Heimaufenthalt als schöne Zeit geschildert.

Wie notwendig für die seelische Entwicklung des Menschen die natürliche mütterliche Zuwendung ist, die man in Waisenhäusern und Heimen fast nie ersetzen kann, zeigen vor allem die Untersuchungen von RENE SPITZ und BOWLBY über den Säuglingshospitalismus. Häufige Spätfolgen solcher Säuglingsschäden sind Entwicklungsrückstände und schwere Charakterschäden.

Wir verweisen in diesem Zusammenhang auch auf CHARLOTTE BÜHLER, die dazu ausführt: "Es kann demnach eindeutig gesagt werden, daß Gefühlslosigkeit und andere emotionelle Störungen sowie psychopathische Charakterzüge weitestgehend auf den Mangel an Mutterliebe am Anfang des Lebens zurückzuführen sind".

Das Kind lebt mit der Mutter in einem Verhältnis der Wärme und Zärtlichkeit. Es braucht die Sicherheit und Geborgenheit zu seiner Entwicklung, die dann im Laufe der Jahre von der Ursprünglichkeit, natürlichen Mutterbindung zu einem liebevollen, persönlichen Vertrauensverhältnis wird. Vielen unserer Patienten fehlt dieses Grund- oder "Uryvertrauen" (ERIKSEN), das durch die mangelnde mütterliche Liebe nicht angelegt werden konnte. Hier liegen auch wichtige Ursachen für die späteren Schwierigkeiten, mitmenschliche Kontakte aufzubauen und Menschen zu lieben. Nur das Vorhandensein von Idealfiguren, mit denen sich das Kind identifizieren kann, macht später libidinöse Beziehungen möglich. Man muß zuerst geliebt werden, um lieben zu können. Der spätere Lebensweg vieler unserer Patienten, die die mütterliche Liebe und Zuwendung vermißt haben, bewahrheitet leider viel zu oft die Behauptung SCHULTZ - HENKERS:

"Wer die Welt nicht zärtlich lieben kann, wer zu niemand je diese besondere Nähe herstellen können, ist im Grunde lebensunfähig. Und wer dies im Grunde ist, lehnt auch irgendwann einmal das Leben vollbewußt ab".

zu 2. Verfehlte Einstellung der Mutter zum Kind

Genau wie das Fehlen der Mutter zu mangelnder Zuwendung führt, kann aber auch eine ablehnende, sich zu wenig um das Kind kümmernde Mutter eine wichtige Ursache dafür sein, daß aus diesem Kinde ein unsicherer, kontaktgestörter Mensch wird, dem es an Vertrauen und Zuversicht in

die Welt mangelt.

Bei den Mädchen waren es insgesamt 25, die sich darüber beklagten, "daß ihre Mutter sie ablehne, sich zu wenig um sie kümmere; daß sie das Gefühl haben, die Mutter wolle sie abschieben; daß die Mutter sie vernachlässige, nur ihre Pflicht tue ohne ihnen Liebe, Zuneigung und Einfühlen entgegenzubringen; daß sie kein Vertrauen zur Mutter haben könnten; daß die Nestwärme und Geborgenheit fehle; daß die Mutter heuchlerisch sei, tyrannisch, unbeherrscht, kalt, ehrgeizig und nur auf Leistung bedacht sei; daß die Mutter primitiv sei und noch weitere zwei uneheliche Kinder habe". In manchen Fällen war die Tatsache der Berufstätigkeit der Mütter eine Anklage gegen sie.

Eine 15jährige, sehr verängstigte Mittelschülerin, die lieber in ein Erziehungsheim als zu ihrer hysterischen Mutter zurück will, von der sie häufig geschlagen wird, drückt die Anklage folgendermaßen aus: "Sie habe zu ihrer Mutter gar kein Vertrauen, lehne sie ab, weil sie katholisch täte, aber nicht nach der Bibel lebe, sondern große Unterschiede zwischen den Menschen mache und sehr lieblos und egoistisch sei".

Das mangelnde Vertrauen eines 17jährigen Mädchens (kaufmännischer Lehrling) zu seiner Mutter, die eine sehr energische, fast sthenische Person ist und die Probleme der Tochter nicht sehr ernst nimmt, bekundet sich in folgender Aussage: "Mit meiner Mutter habe ich nie über meinen Kummer und meine Nöte sprechen können, einmal um sie damit nicht zu belasten, zum anderen aber auch, damit sie nicht, wer weiß was, über mich denken solle".

Eine 17jährige Patientin wurde von ihrer Mutter alleingelassen, weil diese mit einem arabischen Freund in den Orient auswanderte.

Auch die Jungen klagen in ähnlicher großer Zahl über ablehnende, nicht liebe Mütter.

zu 3. Fehlen oder früher Verlust des Vaters

Hier ist zuerst das Faktum der unehelichen Geburt zu erwähnen.

Von den 100 Patienten waren 13 Mädchen und 8 Knaben, insgesamt also 21 unehelich geboren.

Bei der unehelichen Geburt kommt es ganz besonders häufig zu einer mehr oder weniger bewußten Ablehnung des Kindes durch die Mutter, weil diese glaubt, das Kind habe Schande über sie gebracht und ihr Leben sei dadurch nun "verpöcht". Außerdem wird sie ja immer wieder an den Mann,

der sie enttäuscht oder betrogen hat, erinnert, was dazu führen kann, daß sie ihren Haß gegenüber dem Manne auf das Kind projiziert.

Auf der anderen Seite kann die Mutter ihre Haltung, dem Kinde wenigstens unbewußt übelzunehmen, daß es überhaupt erschienen ist, als grobe Ungerechtigkeit empfinden und dies durch übergroße Zärtlichkeit und Besorgtheit kompensieren.

Dem Kind werden dadurch die Möglichkeiten zu seiner freien Entfaltung eingeengt. Es fehlen die äußeren Widerstände, an denen sich das Durchsetzungsvermögen ausbilden kann, So sind sie auch nicht in der Lage, spätere Lebensschwierigkeiten zu meistern.

Dementsprechend wurden acht der unehelichen Kinder direkt nach ihrer Geburt von der Mutter abgelehnt. Ein Mädchen wurde zum Beispiel nach einer Vergewaltigung durch einen amerikanischen Soldaten geboren und von der Mutter nie richtig angenommen.

Eine 20jährige Hilfskraft (unehelich), die in Heimen und beim Großonkel (Vormund) aufgewachsen war, weil die Mutter, mit einem anderen Mann verheiratet, sie nicht haben will, schreibt in ihrem Lebenslauf: "Was hat das Leben für einen Sinn, wenn mich niemand haben will. Immer wieder wird mir vorgehalten, daß ich froh sein muß, aufgenommen worden zu sein".

Eine 21jährige Kontoristin (unehelich) gibt an, daß sie als Kind keine Freundinnen hatte, weil die anderen Kinder nicht zu ihr gepaßt haben, denn die hätten ein normales Leben geführt.

Wie sehr man unter der Tatsache der unehelichen Geburt leiden kann, schildert uns anschaulich eine 22jährige Patientin: "Als Schulkind erlebte ich die Schmach, von den anderen Kindern ausgelacht zu werden, weil ich keinen Vater hatte. Von den Lehrern wurde ich nicht gleich wie die anderen Kinder behandelt. Mit 10 Jahren wurde ich vom geistlichen Religionslehrer mit einem Stock geschlagen und dabei am Auge schwer verletzt".

Von den 13 unehelichen Mädchen wuchsen zehn vaterlos auf, weil die Mütter ledig blieben. Bei weiteren drei Mädchen war der Vater gefallen oder früh gestorben. Drei Patientinnen hatten keinen Vater, weil sich die Eltern sehr früh scheiden ließen. Eine andere Patientin erzählt, daß die Familie sieben Jahre lang nichts vom Vater wußte, weil er politisch verschleppt war. In einem Fall war der Vater während der sieben ersten Lebensjahre der Tochter in Gefangenschaft. Eine weitere Patientin sah ihren Vater zum ersten mal mit 16 Jahren, nachdem er bis zu diesem Zeitpunkt als vermißt gegolten hatte. Er blieb nur wenige Wochen bei der Familie. Schon nach kurzer Zeit erhängte er sich, weil er als ehemaliger

SS-Angehöriger eines Konzentrationslagers vor einem ordentlichen Gerichtsverfahren stand. In der damals 16jährigen Patientin, die Zeugin dieser Vorfälle war, wurden durch diese Erlebnisse ein Leitbild und ihre Zuversicht der Welt gegenüber zerstört.

Insgesamt wuchsen also 19 Patientinnen ganz oder teilweise, d.h. viele Jahre lang ohne Vater auf.

Elf junge Männer sind ohne Vater aufgewachsen, entweder unehelich, weil sie unehelich waren (8), oder weil der Vater im Krieg gefallen war (2), oder weil er Suicid begangen hatte. Zu diesen 11, denen der Vater völlig fehlte, kommen zwei weitere hinzu, die ihren Vater in entscheidenden Jahren ihrer Entwicklung verloren. In dem einen Fall starb der Vater, als der Junge 14 Jahre alt war an Lebercirrhose als Folge eines langjährigen Alkoholabusus. Der andere verlor mit 13 Jahren seinen Vater, an dem das Todesurteil vollstreckt wurde, weil er zwei jüngere Geschwister des Patienten ermordet hatte.

Insgesamt fallen also 13 Jünglinge in diese Gruppe.

Der Vater gilt als der Vertreter der Realität, der "rauen Wirklichkeit" (MEINERTZ) und der achtunggebietenden Autorität. Ihm fällt die Aufgabe zu, dem Kind Vor- und Leitbild zu sein. Das Kind lernt durch ihn, auf Annehmlichkeiten des Augenblicks zu verzichten, indem es dem Bild des Vaters und den von ihm verkörperten Werten nachstrebt. Durch eine richtige Vaterfigur wird es angeleitet, auch in seiner eigenen Liebesfähigkeit über die Betonung des Augenblicks und des Genusses hinauszuwachsen. Beim Fehlen der väterlichen Führung kann diese schon sehr früh einsetzende Entwicklung nicht stattfinden.

Viele unserer Patienten sind gerade an dieser "rauen Wirklichkeit" beim Eintritt ins Berufsleben oder in die Bundeswehr gescheitert. Sie hatten nicht gelernt, sich durchzusetzen, bestimmten Werten nachzueifern und dafür auch zu kämpfen. Sie haben auch das zeitweilige Verzicht auf oberflächliche Annehmlichkeiten nicht gelernt und verlieren sich im Augenblick.

Fehlen oder Verlust des Vaters bedeutet ferner, daß die Frau verstärkten Lebensschwierigkeiten und schlechten finanziellen Verhältnissen ausgesetzt ist und berufstätig sein muß. Dadurch wird das Kind zwangsläufig vernachlässigt und muß manchmal auch zu anderen Personen weggegeben werden. RINGEL hat recht, wenn er sagt, daß der Verlust des Vaters oft einem relativen Verlust der Mutter gleichzusetzen ist.

Wie sehr Adoleszenten einen Vater brauchen, wird erkenntlich an folgender Aussage, die für viele charakteristisch ist. Sie stammt von einem 15jährigen, unehelichen Lehrmädchen: "Ich sehne mich nach einem gütigen und verstehenden Vater, der mir hilft in meinen Schwierigkeiten. Ich

wünsche mir ein Zuhause, wo ich mich geborgen fühle und wo ich geliebt werde".

zu 4. Falsche Einstellung des Vaters zum Kind

Das Kind braucht einen zugewandten und gerechten Vater. Wenn der Vater fehlt, mangelt es dem Kind an einem wichtigen Leitbild. Genauso schädigend wie das Fehlen des Vaters, kann sich aber auch ein schlechter Vater auswirken. So beklagen sich 12 unserer Patientinnen ausdrücklich über ihre Väter. Der Vater sei streitsüchtig, kleinlich, pingelig, tyrannisch, rechthaberisch. Er versteht keine inneren Probleme, rede nur über Schule und Lernen, mache der Tochter unberechtigte Vorwürfe, sei brutal und schlage Mutter und Kinder oder lehne die Kinder ab.

In drei Fällen war der Vater Trinker. Dazu ein Auszug aus der Krankengeschichte einer 15jährigen Patientin (Schneiderlehrling), die wegen starker Suicidgefährdung eingeliefert wurde: Sie ist die älteste von sechs Kindern. Vater Hilfsarbeiter, beide Eltern krank, finanzielle Not. Die Mutter verdient hinzu durch Nacharbeit. Sie hat Angst vor dem Vater, der sich wöchentlich ein- bis zweimal sinnlos besäuft. Er rennt tobend durch die Wohnung, zerschmeißt alles, verprügelt jeden, der sich ihm in den Weg stellt, bis er irgendwo umfällt und einschläft. Der Vater hat sich, als sie 12 Jahre alt war, viermal in betrunkenem Zustand an ihr vergangen. Dieses Jahr hat er auch noch die 12jährige Schwester der Patientin vergewaltigt. Der Vater hat ihr vor kurzem einen Strick gegeben und gesagt, sie solle sich aufhängen, dann brauche er sich die Finger nicht mehr zu beschmutzen. Die jetzige Symptomatik mit schwersten Angstträumen und Suicidvorsätzen wurde ausgelöst, als der Vater in Untersuchungshaft kam, und sie nun in der Verhandlung gegen ihn aussagen sollte. Sie möchte nicht mehr leben, da sie fürchtet, vom Vater aus Rache umgebracht zu werden.

Ein schwerkranker und gebrechlicher Vater fällt in der Erziehung ebenso aus und kann kein Leitbild sein.

Eine 20jährige Kindergärtnerin, die sich von ihrer Familie nicht geliebt, sondern nur geduldet fühlt, schildert ihren Vater als einen "schwer verdaulichen" Mann, der gerne trinkt, streitsüchtig ist und zu allem nein sage. Seinen Kindern läßt er merken, daß sie eine Last für ihn bedeuten. Man könne auch nicht in vernünftiger Weise mit ihm reden. "Er war so gemein, daß er mich nicht lernen ließ, was ich wollte, und ich kein Abitur machen durfte."

Eine 23jährige Musikstudentin erinnert sich noch an einen Ausspruch

ihres Vaters, daß er seine Tochter nicht leiden könne. Der Vater habe sie auch schon auf den Boden geworfen, mit Füßen getreten und angespuckt. Sie hat erfahren, daß sie ein unerwünschtes Kind ist.

Auch unsere männlichen Patienten hatten zu einem ähnlichen großen Teil Väter, die nicht als Vorbild dienen konnten.

Das Problem des Stiefvaters spielt vor allem bei den Mädchen eine große Rolle. Sechs hatten einen Stiefvater, vier gaben an, ihn zu hassen, sei er primitiv, grob oder gefühlsarm. Häufig ist das Kind auf die Heirat der Mutter nicht vorbereitet worden. Der Stiefvater versteht es nicht, sich Vertrauen beim Kind zu erwerben. Er ist oft gehemmt und befangen. Das Kind spürt, daß es vom Stiefvater als störend empfunden wird und die Eltern lieber allein wären. Es geht in Abwehrhaltung.

Besonders nachteilig wirkt sich auf die Tochter aus, wenn die Mutter in wilder Ehe lebt. Drei Mädchen schilderten anschaulich ihre Abneigung gegenüber dem Liebhaber der Mutter. Die Tochter faßt ein solches Verhältnis in gewissem Sinne als Sünde auf. Sie schämt sich deshalb vor ihren Kameradinnen und den klatschsüchtigen Nachbarn. So gerät sie in eine ambivalente Haltung zur Mutter.

Eine 16jährige Hilfsarbeiterin bemerkt dazu, daß sie sehr unter dem Freund ihrer Mutter leide, weil er durch sein häufiges Betrunkensein sie und ihre Familie in der Öffentlichkeit blamiert habe.

So berichtet eine 19jährige Auslandskorrespondentin, daß ihre Mutter in "Onkelehe" mit einem Schlosser lebe, den sie gar nicht leiden konnte, weil er so schrecklich dumm war. Außerdem stellte er ihr seit ihrem achten Lebensjahr nach. Sie habe immer Angst gehabt und sei davongelaufen.

Dazu noch ein Auszug aus der Krankengeschichte einer 18jährigen Schneiderin (Suicidversuch durch Tabletten): Sie erlebte vor vier Jahren, wie sich ihr kranker Vater in seinem Bett verbrannte und sah ihn noch, gräßlich entstellt, in den Flammen. Seit dieser Zeit komme ihr oft der Gedanke, wie schön es doch sei, heim zum Vater zu gehen, denn das Leben habe nun keinen Sinn mehr. Die Mutter lebe mit ihrem Geliebten (Schmied) in wilder Ehe. Dieser Mann, den sie sehr hasse, verfolge sie heute mit gierigen Blicken und Anzüglichkeiten, morgen wünsche er sie wieder polternd aus dem Hause. Die Mutter sei zudem eifersüchtig und verdächtige sie intimer Beziehungen zu ihrem Geliebten. Wenn sie von der Arbeit zurückkomme, verbringe sie deshalb die Abende immer allein in ihrem Zimmer mit Lesen, Basteln oder sie spiele mit Tieren. Sie sei oft regelrecht verzweifelt, vor allem, wenn sich die Mutter mißtrauisch von ihr abwende oder wenn der Geliebte geschlagen habe.

Bei den männlichen Jugendlichen wurde der besondere Haß gegenüber dem Stiefvater in drei Fällen erwähnt. "Männergeschichten" der Mutter kamen in vier Fällen vor. Ein Patient sagt dazu, daß er sich vor seiner Mutter wegen ihrer vielen Männergeschichten ekle.

zu 5. Ungünstiges häusliches Milieu

Bei mehr als 30 Patientinnen haben schwer gestörte Familienverhältnisse vorgelegen. Es beklagten sich 25 über die ständigen Streitigkeiten und Konflikte zwischen den Eltern.

Eine Säuglingsschwester, die mit 18 Jahren Schlaftabletten einnahm, sagt von ihrer Kindheit (stellvertretend für viele Patientinnen), daß sie sehr unter den Streitereien der Eltern litt, oft halbe Nächte lang auf der Treppe saß und den Krach mit anhörte. Richtiges Familienleben habe es nie gegeben.

Manche wuchsen bei Müttern auf, die oft weinten, weil ihre Männer eine Freundin hatten. Ist es da nicht leicht zu verstehen, daß junge Menschen, die in einem solchen Milieu aufgezogen wurden, das Leben nicht bejahen und eine pessimistische Grundstimmung entwickeln, da sie ja immer nur seine traurigen Seiten kennengelernt haben?

Die Eltern von fünf Patientinnen lebten in Scheidung. Jahrelange Spannungen waren vorausgegangen, außerdem wurden die Kinder in einigen Fällen von einem zum anderen Ehepartner gegeben. Sie wurden durch die verschiedenen Erziehungseinflüsse unsicher und wußten oft nicht mehr, wohin sie gehörten. Es fehlte ihnen ganz besonders das Gefühl der Geborgenheit, des Angenommenwerdens.

Eine 20jährige Stenotypistin berichtet, daß sie mit sieben Jahren bei der Scheidung der Eltern die ersten Selbstmordgedanken bekommen sind.

Das häusliche Milieu wird weiterhin verschlechtert durch enge Wohnverhältnisse (in 2 Fällen) und schlechte finanzielle Lage (in 6 Fällen). Die Mütter von acht Patientinnen waren berufstätig und dadurch nur sehr selten für sie da.

Bei den männlichen Patienten waren die Verhältnisse zu Hause ganz ähnlich. Fast keiner unserer jungen Männer kam aus einer wirklich intakten Familie. Schwer gestörte Familienverhältnisse lagen bei 40 von ihnen vor.

Häufige Klagen waren folgende: "Zu Hause ist es wie die Hölle, ständige Reibereien zwischen den Eltern, die zerrüttete Ehe, kein Familienleben, eine dauernd gespannte Atmosphäre, der Vater ist Trinker (5 Fälle), er ist tyrannisch, spießrisch, taktlos der Mutter gegenüber, der Vater

schlägt die Mutter (3 Fälle), der Vater hat eine Geliebte, der Vater kümmert sich nicht um die Familie, der Vater ist beruflich überbeansprucht und immer gereizt.

Ein Patient sagt zu dem ständigen Streit der Eltern tiefend, daß dieser ihn im Unterbewußtsein ganz "kribbelig" mache.
Aus sehr schlechten sozialen Verhältnissen mit beengtem Wohnraum und finanziellen Sorgen kamen acht Patienten.

In zehn Fällen war die Mutter berufstätig.

Zwei Patienten kamen aus geschiedenen Ehen.

Zu 6. Erkrankungen der Eltern

Das häusliche Milieu wird auch durch somatische Erkrankungen der Eltern verüstert.

In diese Gruppe gehören bei den Mädchen 8 Fälle, bei den Jungen 7.

Es ist verständlich, daß kranke oder sehr alte und gebrechliche Eltern ihren Kindern nicht das Gefühl der Geborgenheit und Sicherheit geben können.

Ganz besonders geschädigt wird das häusliche Klima durch psychische Erkrankungen der Eltern.

Bei acht Mädchen litten entweder ein Elternteil oder beide an einer schweren Neurose (3), an Psychopathie (1), Depressionen (2), Psychose (1), Epilepsie (1).

In drei Fällen beging ein Elternteil Suicid oder Suicidversuch. Wenn wir die Geschwister der Eltern und die Großeltern hinzunehmen, haben wir insgesamt fünf Fälle, wo in der Adoleszenz Selbstmorde oder Selbstmordversuche vorkamen.

Daß die Eltern sehr nervös, jähzornig oder reizbar seien, erklärten 18 Jungen. Die genauere Aufschlüsselung ergab in einem Fall eine Psychose, die anderen waren psychopathetische oder schwer neurotische Eltern.

Bei acht Patienten fanden wir Selbstmorde oder Selbstmordversuche in der Adoleszenz.

Einer überraschte mit 13 Jahren zufällig seinen betrunkenen Vater, als er sich mit einem Strick aufhängen wollte. Das traf ihn so, daß er beschloß, sich selbst das Leben zu nehmen.

Ein 17jähriger Lehrling, uneheliches Kind eines amerikanischen Soldaten, erlebte, wie seine Mutter einen Suicidversuch unternahm, nachdem sie von seinem Stiefvater verprügelt worden war.

Ein 16jähriger Lehrling berichtet, daß er mit zehn Jahren sah, wie sich seine Mutter aus dem 4. Stock auf die Straße stürzte und dabei ums Leben kam.

Sie hatte einen Nervenzusammenbruch, weil der Vater zu einer anderen Frau ging.

Manche Autoren wie BREMER, PARNITZKE, RINGEL, ZWINGMANN und WAAGE halten den Suicid in der Aszendenz für besonders selbstmord-disponierend, weil dadurch bewußte Vorbilder entstehen, man in solchen Familien auch häufiger über den Selbstmord redet. Es wird von der Angehörigen solcher Familien in Krisensituationen auch eher an diesen Ausweg gedacht.

Auch unsere Untersuchungen bestätigen in gewissem Maße diese Annahme, denn bei 100 Patienten fanden wir in 13 Fällen einen Suicid in der nahen Aszendenz. Sicherlich wird die eigentliche Zahl der Selbstmorde in der Aszendenz noch höher liegen, da solche Angaben häufig von den Patienten und den Angehörigen verschwiegen werden. FREUD spricht in diesem Sinne von einer Tabuierung der Selbstmorde.

Zu 7. Konflikte mit den Geschwistern

Hierzu machen zehn Patientinnen Angaben. Meistens fühlen sie sich den Geschwistern gegenüber benachteiligt. Vor allem sind die Brüder oder Stiefbrüder Gegenstand ihrer Eifersucht, da sie angeblich von der Mutter bevorzugt werden. In diesem Sinne warf eine Heranwachsende ihrer Mutter vor, daß für sie, im Unterschied zu den Brüdern, nie ein Lob abfalle. In einem Fall bestanden starke Rivalitätsgefühle gegenüber der älteren Schwester, nachdem diese erreicht hatte, dem einengenden elterlichen Milieu zu entkommen.

Bei den männlichen Patienten wurden Geschwisterprobleme seltener erwähnt.

Zu 8. Erziehungsfehler der Eltern

Eine zusammenfassende Betrachtung der Erziehungsfehler in den Elternhäusern der geretteten Selbstmörder beiderlei Geschlechts ergibt:

1. ohne Gefühl des Haltes, der Geborgenheit und des Angenommenwerdens, Vernachlässigtwerden - 54 Patienten
2. Unverständnis der Eltern oder eines Elternteils; kein Vertrauen zu ihnen; ohne Möglichkeit der Aussprache über die eigenen Sorgen. Die Kinder und ihre Probleme werden nicht ernst genommen. - 52 Patienten
3. ängstlich umsorgt, verwöhnt, verhätschelt; wie unreifes Kind behandelt; von den Eltern gegängelt; zu wenig Entfaltungsmöglichkeit; ohne Mög

lichkeit in eigener Verantwortlichkeit zu handeln; - 13 Patienten

Bei dieser Aufstellung sind einige Patienten in zwei Rubriken aufgeführt. Alle, bis auf eine Ausnahme, klagten über die Erziehungsweise und die Art, wie sie von den Eltern behandelt wurden.

Aus einem harmonischen Elternhaus kam nur ein Patient.

Abschließend wollen wir die Erziehungsfehler der Eltern noch mit einigen Beispielen veranschaulichen.

In einem Fall handelt es sich um einen 20jährigen Soldaten, der unter schlechten Bedingungen aufgewachsen ist. Der junge Mann hat nie Liebe von Seiten der Eltern erfahren. Sie unterstellten ihm eine schlechte Veranlagung, lehnten ihn ab, ließen ihn verwahrlosen und steckten ihn zeitweise in ein Erziehungsheim. Der Patient sagt dazu, daß er nie gewußt habe, wohin er eigentlich gehöre; die Eltern haben ihn zeitweise los sein wollen, dann wieder aus dem Heim geholt. Seit zwei Jahren habe er nun gar keinen Kontakt mehr zu ihnen. Er habe nur oberflächliche Bekannte. Durch diese zerrütteten Verhältnisse besteht bei unserem Patienten eine effektive Störung des Bezuges zur Umwelt. Er hat Schwierigkeiten, sich in ein soziales Gefüge einzugliedern. Zur Zeit ist er bei der Bundeswehr und hat dort schon den zweiten Suicidversuch unternommen.

Dieses Beispiel zeigt auch deutlich, wie sehr die meisten Jugendlichen die Geborgenheit und Sicherheit des Elternhauses brauchen. Der Halt des Elternhauses läßt sich in diesem Alter noch nicht durch Freundschaften zwischen den Jugendlichen ersetzen; denn vor allem retardierten, aus schlechtem Milieu kommenden Jugendlichen sind diese Freundschaften eben doch oberflächlich; sie bleiben Kumpaneien des Trinkens, Tanzens, Plattenhörens etc.

Ein anderer Patient schildert, daß er von Eltern und Geschwistern ein tieferes Verständnis seiner Probleme leider nicht erwarten konnte. Man lief aneinander vorbei; im Grunde war er schon immer einsam.

Ein Patient beklagt sich darüber, von den Eltern nur wegen einer besseren Wohnung aus dem Heim geholt worden zu sein.

Ein 19jähriger Druckergeselle, aus schwer asozialen Verhältnissen stammend, sagte: "Ich weiß, daß ich ein Rauschkind bin. Mutter weint dann, wenn ich das sage".

In mehreren Fällen warfen die Patienten ihren Eltern Inkonsequenz in der Erziehung vor.

Ein 16jähriger Lehrling, der mit seinem Vater und seiner Großmutter zusammenlebt (die Mutter hat sich wegen Untreue ihres Mannes suizidiert

als Patient 10 Jahre alt), hat keinerlei Kontakt und auch kein Vertrauen zu seinem Vater. Er sei ganz komisch, sein Verhalten sei nicht zu verstehen. Der Vater sei in der Erziehung nicht konsequent gewesen und konnte seinen Kindern nicht die richtige Linie geben. "Meinem Vater sage ich grundsätzlich nichts. Ich kann mich keinem anvertrauen. Es regt mich auf, daß ich einerseits wie ein Kind behandelt werde, wenig Taschengeld bekomme, abends keinen Ausgang habe, andererseits aber wie ein Erwachsener arbeiten und Geld heimbringen muß. "

Eine Patientin beschwert sich über ihre Mutter, die sie teils stark verwöhnt, teils mit unnachgiebiger Strenge und Lieblosigkeit erzogen hat.

Die oben angeführten Zahlen, daß nämlich nur in einem Fall unseres Patientenmaterials die familiären und erzieherischen Gegebenheiten als normal zu bezeichnen waren, belegen unseres Erachtens in eindrucksvoller Weise die große Bedeutung eines geordneten Elternhauses für die gesunde Entwicklung des Menschen. Das Elternhaus schafft die seelischen Fundamente, mit deren Hilfe man gerüstet ist, spätere seelische Belastung auszuhalten. Diese Fundamente konnten bei unseren Probanden infolge der vielen Störeinflüsse nur ungenügend angelegt werden. Sie sind schon in ihrer Basis geschwächt, ihre seelische Belastbarkeit ist daher stark herabgesetzt. Enttäuschungen, Rückschläge oder sonstige seelisch belastende Situationen vermögen Menschen mit einem gefestigten seelischen Unterbau hinzunehmen und zu verarbeiten. Bei unseren Patienten jedoch wurden durch derartige Ereignisse gleich die Grundmauern, nämlich der Lebenswille, ins Wanken gebracht oder ganz umgestoßen. Hier, d. h. in der Kindheit, im Elternhaus liegen tiefere Ursachen des Selbstmordes.

Das geordnete Elternhaus hat aber nicht nur seine wichtige Bedeutung in den ersten Lebensjahren, sondern auch im jugendlichen Alter bedürfen die meisten noch des Haltes und der Zuflucht im Elternhaus. Das Gefühl, von den Eltern anerkannt und verstanden zu werden, hilft den Jugendlichen über schwere Schicksalsschläge hinwegzukommen. Der hohe Stellenwert, der auch noch in der Jugendzeit dem Elternhaus zukommt, läßt sich an folgenden Angaben ermes sen:

36 Patienten nannten als Hauptmotiv für ihren Selbstmordversuch Konflikte mit dem Elternhaus. In 21 dieser Fälle stellten Enttäuschungen durch das Elternhaus, vor allem, daß die Eltern nichts von ihren Kindern wissen wollten, den direkten Anlaß für den Selbsttötungsversuch dar.

II. Gesundheitszustand der geretteten Selbstmörder

A) Die gesundheitliche Verfassung in der Kindheit

25 männliche Patienten berichten, daß sie schon als Kinder nur übereine geschwächte körperliche oder seelische Gesundheit verfügten.

Von unseren Patienten waren zwei Zangengeburt, zwei komplizierte Geburten, mit Asphyxie in einem Fall. Zwölf waren als Kinder körperlich sehr schwächlich und empfindlich und häufig krank. Dazu kommen zwei weitere Patienten, von denen der eine als Kind Tuberkulose hatte, beim anderen wurde ein Herzfehler festgestellt. Beide mußten sich in der Schule schonen und durften sich am Sport nicht beteiligen.

Körperlich ein Schwächling zu sein, wird gerade bei den Jungen als beschämend empfunden, vor allem, wenn sie dadurch gehindert sind, an Spiel und Sport der Gleichaltrigen teilzunehmen, oder wenn sie wegen der körperlichen Schwäche nicht zusammen mit ihren Altersgenossen eingeschult werden, oder wenn sie häufig in Erziehungsheime kommen und dadurch die Verbundenheit zur Klassengemeinschaft verlieren.

Ein Patient erzählt, daß er körperlich immer der kleinste in der Klasse war, von den anderen auf die Seite gedrückt wurde und deshalb immer allein war.

Man kann sich leicht vorstellen, wie entmutigend es auf einen jungen Menschen wirkt, der gerade aus der Schule entlassen wurde und sich einen Beruf ausgesucht hat, wenn er von dem Meister abgewiesen wird, da er körperlich zu schwach sei (2 Fälle). Sicherlich hat dieses Sich-körperlich-zurückgesetzt-und-unterlegen-Fühlen bei manchen dazu beigetragen, das Selbstgefühl schon frühzeitig zu schwächen.

Vier weitere neigten schon als Kinder zu Kreislaufstörungen und Ohnmachten. Ein besonders trauriges Beispiel einer sicherlich auch enorm seelischen Verletzung ist das Schicksal des folgenden Patienten: Er wurde als Fünfjähriger bei Bombenangriffen verschüttet. Nach der Bergung stellte man schwere Augenverletzungen fest, von denen er noch bis heute erhebliche Schäden zurückbehalten hat.

Wo die geschwächte seelische Gesundheit angeht, fiel auf, daß bei 14 Knaben Symptome von kindlichen Neurosen oder Zeichen einer neuropathischen Konstitution vorlagen, wie z.B. Ernährungsstörungen, Magenkrämpfe, Enuresis nocturna, Unruhe, Schlaflosigkeit, starke Nervosität, Schreckhaftigkeit, Dunkelangst, allgemeine starke Ängstlichkeit, Angst vor dem Alleinsein, Kotschmierern und die von STUTTE als "habituelle Hantie-

rungen" bezeichneten Kinderfehler, wie Nägelbeißen, Daumenlutschen, Haareausreißen etc.

Diese letzten Feststellungen beweisen, daß die neurotische Fehlentwicklung, sichtbar an den neurotischen Zeichen bei vielen schon sehr früh eingesetzt hat.

Bei den Mädchen stellten wir in 24 Fällen eine geschwächte körperliche oder seelische Gesundheit während der Kindheit fest.

14 waren als Kinder häufig körperlich krank; dabei handelte es sich vor allem um chronische Mittelohreiterungen, Kieferhöhleneiterungen, Anginen und Tuberkulose. Komplizierte oder Frühgeburten waren vier Patientinnen.

Neuropathien bzw. kindliche Neurosen lagen in 10 Fällen vor.

B) Die aktuelle gesundheitliche Verfassung

Zur aktuellen gesundheitlichen Verfassung unserer männlichen Patienten fiel auf, daß bei 28 von ihnen neurovegetative, neurasthenische, psychasthenische und angstneurotische Beschwerden vorhanden waren, die wir im Sinne von BRUN unter dem Begriff der "vegetativen aktualneurotischen Syndrome" zusammenfassen.

Die Patienten klagten über Kopfschmerzen, Benommenheitsgefühl, Ohrensausen, Schwindelanfälle, Zittern bei Aufregung, Magenbeschwerden, starkes Schwitzen, Herzdruckgefühle oder Herzkrämpfe, Schlaflosigkeit, Nachlassen der Leistungsfähigkeit, der Konzentrationsfähigkeit und des Gedächtnisses, starke Ermüdbarkeit, Stimmungsschwankungen, innere Unruhe, depressive Verstimmungen, Angstgefühle und Angstträume.

In drei Fällen hatte die sekundäre psychische Verarbeitung der Beschwerden zu regelrechten Nosophobien geführt.

Zwei junge Männer erklärten, daß ihnen das Leben durch das Stottern bzw. die hohe Fistelstimme zur Qual geworden sei.

Zu diesem Thema bringen wir folgendes Beispiel, das das Gesagte noch einmal veranschaulicht.

Es handelt sich um einen 21-jährigen Patienten, der unter unglücklichen Verhältnissen aufwuchs (fehlende Mutterliebe, da diese starb als Patient fünf Jahre alt, schlechtsorgender mürrischer Vater), bis zum achten Jahr Bettnässer, schon immer nervös und wenig Kontakt; mit 15 Jahren Lehre als technischer Zeichner. Zu dieser Zeit setzte starkes Schwitzen ein. Er litt besonders unter dem dadurch hervorgerufenen starken Körpergeruch.

Außerdem begann er in zunehmendem Maße zu zittern. Als Folge sonderte er sich noch mehr ab und wurde zum Einsiedler. Die Arbeitskollegen schikanierten ihn wegen seiner Besonderheiten, das Zittern zwang ihn, seinen Beruf zu wechseln. Er rannte von Arzt zu Arzt, die fachinternistischen Behandlungsversuche blieben jedoch ohne Erfolg. Nach mehreren Versuchen bei Psychotherapeuten kam er zu einer Psychotherapeutin, zu der er vom ersten Augenblick an eine heftige Zuneigung verspürte. Er gestand der Ärztin seine Liebe. Sie ging aber nicht darauf ein, sondern machte ihm das Unmögliche der Situation klar. Um seine unglückliche Liebe zu vergessen, begann er zu trinken. Als er bei einer späteren Sitzung ihr wieder seine Gefühle offenbarte, wurde er in einer für ihn gefühllosen und lächerlichen Art abgewiesen. Er äußerte Suicidgedanken und bekam von der Therapeutin einen Einweisungsschein für die Nervenklinik. Das kränkte ihn so sehr, daß er sich sofort Mut antrank und Schlaftabletten schluckte. Der Patient hält seine Familienverhältnisse und die Gesellschaft für schuldig an seiner Entwicklung.

Bei den Mädchen bestanden in 27 Fällen Beschwerden, wie wir sie weiter oben unter dem Begriff der vegetativen aktualneurotischen Symptome beschrieben haben.

In einem Fall hatte sich eine Psychoasthenia gravis zu einer Cancrophobie verdichtet, die sich bis zum Selbstmordanlaß steigerte. Ferner litten acht Mädchen besonders stark unter den Mängeln ihrer äußeren Erscheinung, wobei es sich um übermäßige Größe, unvorteilhafte Figur oder kosmetische Fehler im Gesicht handelte. Zwei weitere gaben ihr Stottern bzw. ihre tiefe Stimme als Grund für die starken Minderwertigkeitsgefühle an.

Eine 16jährige Schülerin bedrückten die vielen Pickel und vor allem die große, abstoßende Nase. Sie glaubte, deshalb von allen Seiten angestarrt zu werden, was ihr immer unerträglicher wurde. Sie schwänzte teilweise die Schule und verlor allmählich die Kontakte zur Umwelt.

Eine 21jährige Serviererin schildert, wie vor jeder Periode Angstgefühle bekäme und sich innerlich unruhig fühle.

Die Tatsache, daß über die Hälfte aller Patienten an neurovegetativen, neurasthenischen, psychasthenischen und angstneurotischen Symptomen litt, führt uns zu der Annahme, daß wir es hier mit einem wichtigen Selbstmorddisponierenden Faktor zu tun haben. Zusätzlich zu all den äußeren Fehlschlägen und den meist unglücklichen Lebensumständen kommen bei vielen noch diese sehr störenden und quälenden Beschwerden und Ängste hinzu. Dadurch sind sie häufig unzufrieden mit sich selbst und ihrem Schicksal und finden gar keine Freude mehr am Leben.

III. Freundschaften der geretteten Selbstmörder

Bei 26 jungen Männern stand das Problem, keine richtigen Freunde zu haben im Vordergrund, was nicht heißen soll, daß die anderen Patienten sehr gesellige Menschen mit einem echten Freundeskreis waren. Bei ihnen fehlten Angaben darüber in den Krankengeschichten, woraus man schließen kann, daß für sie die Freundesproblematik von nicht zu großer Bedeutung war.

Als regelrecht ungesellige, menschenscheue Einzelgänger, die zurückgezogen lebten, kann man sechs Patienten bezeichnen. Bei drei weiteren bestanden nur ganz oberflächliche Bekanntschaften, mit denen man zum Trinken und ins Kino ging.

Ganz besondere Schwierigkeiten, Freunde zu finden, haben die sexuell abnorm Veranlagten. Sie werden von den gleichaltrigen Kameraden wegen ihrer Eigenarten meistens abgelehnt und gemieden. Dadurch geraten sie immer mehr in einen Kreis Gleichgesinnter, wodurch aber ihre allgemeine menschliche Isolierung nur noch zunimmt.

So litt ein jugendlicher Transvestit sehr unter der Schikane und Ver-spottung der Kameraden. Drei homosexuelle Patienten wurden von ihren Freunden sehr enttäuscht und gequälten dadurch noch mehr in Vereinsamung.

Fragen wir, warum unseren Patienten die Freunde fehlen, so stellen wir fast immer Kontaktstörungen fest. Ohne Anlagefaktoren unterschätzen zu wollen, sehen wir größtenteils in dieser Kontaktschwäche eine Folge der zahlreichen Kindheitsträume, denen fast alle unserer Patienten ausgesetzt waren.

In manchen Fällen wurde diese Kontaktarmut mitbedingt durch äußere Faktoren, z.B. einen Umzug der Eltern oder Flucht aus der DDR (2 Fälle) oder Wechsel des Arbeitsplatzes.

Ein Herzfehler, der einen daran hindert, mit Gleichaltrigen zu spielen, war in einem Fall ein zusätzlicher Faktor für die Kontaktarmut.

Neurotische Symptome, wie die Angst vor Menschenansammlungen (2 Fälle), die ständige Furcht, die Freunde zu verlieren (1), die Angst, durch Stottern sich lächerlich zu machen (1), die starken Hemmungen vor fremden Menschen (2), erschweren die Kontaktaufnahme. Das gleiche gilt auch für organoneurotische Symptome wie leichtes Erröten (1) oder starkes Schwitzen und Zittern.

Ein anderer Patient war Augenzeuge wie sein bester Freund auf dem Schulweg überfahren wurde und konnte seitdem keinen neuen mehr finden.

Wie sehr ein junger Mensch die Kontakte zu anderen braucht, zeigt

der Fall eines Patienten aus der DDR, der sich mit 18 Jahren beide Armschlagadern aufschnitt, weil er die Einzelhaft, d.h. das völlige Abgeschnittensein von der Außenwelt nicht mehr ertragen konnte.

Bei den Mädchen waren es 20, die unter dem Fehlen einer Freundin besonders gelitten haben. Die Freundin ist oft eine wichtige Stütze und wird als Person mit der man sich aussprechen und bei der man Rat holen kann, benötigt. Die wichtige Rolle der Freundin zeigte sich auch daran, daß das Zerbrechen einer langjährigen Freundschaft oder der Verlust der Freundin durch Umzug in einigen Fällen mit ein Anlaß zum Selbstmord waren.

Die wichtigste Ursache, weshalb die Mädchen keine Freundin hatten, lag auch hier in ihrer Kontaktschwäche.

IV. Sexualität und die Beziehungen zum anderen Geschlecht bei den geretteten Selbstmördern

Eine weitere wichtige Aufgabe, die der Heranwachsende zu bewältigen hat, ist die Auseinandersetzung mit der eigenen Sexualität und die Kontaktaufnahme zu Partnern des anderen Geschlechts. Traumatisierung auf diesem Sektor trifft einen besonders stark, was sich auch darin zeigt, daß bei 13 männlichen und 26 weiblichen Patienten derartige Erlebnisse direkte Selbstmordanlässe darstellten.

Insgesamt hatten 42 männliche Patienten mit mehr oder weniger großen Schwierigkeiten zu kämpfen.

Onanieprobleme mit starken Schuld-, Angst- und Minderwertigkeitsgefühlen und Depressionen standen bei vier Adoleszenten im Vordergrund.

Elf Patienten hatten bisher noch nie eine Freundin gehabt. Einige von ihnen hatten aus Schüchternheit, Angst und Gehemmtheit sogar noch nie mit einem Mädchen gesprochen. Mehrere fürchteten sich zu blamieren, weil sie nicht tanzen konnten oder wegen des Stotterns, Errötens oder der Pickel im Gesicht.

Die meisten erleben das Fehlen von Kontakten zu Mädchen als sehr demütigend, sie wurden in ihren Minderwertigkeitskomplexen gegenüber den Gleichaltrigen, die fast alle Flirts hatten, dadurch bestärkt und immer noch unzufriedener mit sich selbst. Eine solche Stimmung der eigenen Unzulänglichkeit verstärkt natürlich die Hemmungen und die eigene Unsicherheit, was die Betroffenen noch mutloser macht. Daß auf einem solchen "Stimmungsnährboden" Selbstmordgedanken bei ganz bestimmten Persönlichkeiten leicht gedeihen, ist unseres Erachtens verständlich.

Acht Patienten wurden von ihren Freundinnen verlassen, weitere acht glaubten sich von ihren Freundinnen betrogen.

Ganz besonders einschneidend ist das Erlebnis, von den Mädchen nicht ernst genommen zu werden, oder die Erkenntnis, ihnen nicht viel zu bedeuten, wie es bei manchen vorkam.

Eine weitere Gruppe wechselte die Freundinnen sehr häufig, fühlte sich aber auch nicht wohl dabei.

Aus der Vielzahl der Gründe, warum unsere männlichen Patienten so viele Enttäuschungen mit Mädchen erlebten, lassen sich als Hauptgründe herausheben:

1. Kontaktschwierigkeiten, Schüchternheit, Gehemmtheit.
2. Die Unfähigkeit zu tieferen Gefühlen; man hat eine Freundin mehr zur Selbstbestätigung.
3. Die Bindungsunfähigkeit, der Don-Juanismus.

4. Die neurotische Wahl eines Partners.
5. Das zu starke Sich-Klammern in neurotischer Weise an einen Partner oder das Zu-Ernst-Nehmen einer Freundschaft, die der andere nur als harmloser Flirt auffaßt.
6. Unerfahrenheit, Ungeschicklichkeit.

Zu 4. Zur Illustration dieser neurotischen Partnerwahl sei das Beispiel eines 19jährigen schwer milieugeschädigten Druckergesellen erwähnt. Dieser verlobte sich, nachdem er vorher schon Enttäuschungen mit Mädchen erlebt hatte, mit einer triebhaften Trinkerin, die aus demselben Erziehungsheim kam wie er. Seine Freunde rieten ihm von dieser Bindung ab; er tat es dennoch, weil er ihr helfen wollte. Kurz nach der Verlobung wurde er dann aber auch schon von seiner Auserwählten betrogen.

Diese Partnerwahl bezeichnen wir als neurotisch, weil er sich wissenschaftlich mit einer zur Ehe völlig untauglichen Partnerin verbindet. Er nimmt sich in Kritiklosigkeit seiner eigenen Fähigkeiten eine für ihn viel zu schwierige Aufgabe vor, an der er scheitern muß. Dahinter steht wohl der Wunsch, dem anderen in seinem Elend zu helfen und dadurch sein eigenes Selbstwertgefühl zu erhöhen.

An diesem Fall zeigt sich deutlich die Feststellung RINGELs, daß "die Anhäufung von Traumata oft eine unbewußt herbeigeführte ist und mit der Gesamthaltung der Persönlichkeit, ihrer Leitlinie und ihrem Lebensplan durchaus in Einklang steht".

Zu 6. Ein Patient wurde immer wieder enttäuscht, weil er nur an "Damen" geriet, bei denen er viel Geld ließ. Ein Student verlangte immer zu früh und zu stürmisch nach Geschlechtsverkehr und bekam dadurch ständig Absagen.

Es muß aber auch betont werden, daß manche wirklich unverschuldet viel Pech hatten, das gilt für diesen Lebensbereich, wie für die anderen.

Besonders schwerwiegende Konflikte machen die sexuell abnorm Veranlagten durch. Fünf weitere unserer Patienten waren homosexuell, einer davon Transvestit. Zwei von ihnen versuchten Selbstmord, weil sie von ihrem "Freund" getrennt bzw. enttäuscht wurden. Alle litten sehr unter ihrem "Anderssein" und standen zum Teil in ständigen Spannungen infolge ihrer ambivalenten Gefühle.

So hatte z. B. ein 18jähriger Oberschüler seit dem 14. Lebensjahr

ein homosexuelles Verhältnis zu einem 50jährigen Mann, von dem er sich nun seit zwei Jahren trennen wollte. Der ältere Mann zeigte jedoch sehr viel Verständnis für die Belange des Jungen und ersetzte ihm wohl den Vater. Der Junge fühlte sich von ihm wirklich geliebt. Außerdem hatte er Mitleid mit der menschlichen Ruine des Mannes, so lebte er seit zwei Jahren in widerstreitenden Gefühlen. Anlaß zum Selbstmord war die Trennung von dem älteren Partner und die Entfernung seines geliebten Klaviers, das er leihweise von ihm bekommen hatte.

Ein anderer Patient bedauerte, daß seine Versuche, sich Frauen zu nähern, immer scheiterten.

Ein 22jähriger Homosexueller sagt, es bedrückte ihn sehr, daß er infolge seiner Homosexualität bisher noch keine dauerhafte Bindung, die über das rein körperliche Sexuelle hinausgehe, gefunden habe. Er komme sich durch die Homosexualität auch als Außenseiter vor und sei anderen Menschen gegenüber unsicher. Er sei verzweifelt gewesen, keine dauernde Bindung unter Männer zu finden. Die anderen Homosexuellen verlachten ihn als Phantast, weil ihm an der geistig seelischen Bindung so viel gelegen sei.

Für 47 Patientinnen war dieser Lebensbereich die Ursache großer Konflikte, Probleme und Enttäuschungen. Eine genaue Differenzierung ergibt folgendes:

Mehrere hatten starke Onanieskrupel, die zu Schuld- und Minderwertigkeitskomplexen führten.

Neun Mädchen litten sehr darunter, keinen Freund zu haben und immer allein zu sein.

Ein 20jähriges Lehrmädchen mit starken Unsicherheits- und Minderwertigkeitsgefühlen beging einen Suicidversuch, weil es so verzweifelt und hoffnungslos war, da die Jungen ihm "lange Bohnenstange" nachriefen und es keiner als Freundin haben wollte.

Bei acht Mädchen war das inadäquate Verhalten der Eltern, nachdem diese von dem Freund der Tochter erfahren hatten, die Ursache schwerer Konflikte, die in sechs Fällen mit einem Selbstmordversuch endeten. Es handelte sich dabei um Mädchen zwischen 15 und 18 Jahren, deren Vertrauensverhältnis zu den Eltern bzw. zur Mutter schon lange zerbrochen war oder nie bestanden hatte. Da die Eltern kein Verständnis für die Töchter aufbrachten, gingen diese ihre eigenen Wege und verheimlichten auch ihre Bekanntschaften, bis die Eltern eines Tages davon erfuhr. Statt eines Versuches der Aussprache veranstalteten sie eine große Szene, beschimpften die Töchter, verboten ihnen strikt den weiteren Umgang mit dem Freund und drohten sogar mit einem Rechtsanwalt (1 Fall)

oder mit dem Erziehungsheim (1 Fall). Aus dem Gefühl der Kränkung, der Ausweglosigkeit, des Unverstandenseins, aus Kummer, den Freund nicht mehr sehen zu dürfen, versuchten sie dann Selbstmord.

Sieben Mädchen wurden sexuell mißbraucht und dadurch seelisch schwer geschädigt. Die Täter waren der Vater, der Vormund bzw. ein Onkel. Die restlichen vier wurden Opfer von Vergewaltigungsakten durch fremde Männer. Obwohl diese Erlebnisse schon einige Jahre zurückliegen, leiden die Patientinnen immer noch unter starken Angstgefühlen.

Von einer 20jährigen Graphikerin erfahren wir, daß sie mit 16 Jahren Opfer eines Notzuchtverbrechens wurde. Der Täter sei ein Jahr ins Zuchthaus gekommen, Sie sei schwanger geworden, das Kind ohne ihr Wissen und gegen ihren Willen auf Wunsch der Eltern abgetrieben worden.

Eine 22jährige unehelich geborene Wachszieherin, die sehr einsam lebt und keine Kontakte zum anderen Geschlecht hat, wurde mit neun Jahren sexuell mißbraucht und belauschte mit 14 Jahren einen Geschlechtsverkehr ihrer ledigen Mutter, was sie sehr abstieß.

Dieses Beispiel zeigt deutlich, wie bei einem jungen Mädchen durch derartige sexuelle Traumen seelische Fehlprägungen in Bezug auf die Einstellung zum anderen Geschlecht entstehen. Dadurch werden spätere natürliche Beziehungen zum Partner erschwert. Die Mädchen halten die Männer für brutal und glauben, "sie wollen ja doch immer nur das eine". Sechs Patientinnen haben nur oberflächliche Gefühle den Männern gegenüber und spielen regelrecht mit ihnen. Fast immer sind es enttäuschende und demütigende Erlebnisse, die das Mädchen zu einem solchen Verhalten geführt haben.

Eine 17jährige Handelsschülerin sagt, daß sie mit 15 Jahren von einem Mann sehr enttäuscht und gedemütigt worden sei, indem er sie zuerst wie eine Frau behandelt, später aber wie ein kleines Mädchen unbeachtet gelassen habe. Seit dieser Zeit hasse sie die Männer und gehe nur mit Amerikaner, die sie bis zum äußersten reize und dann stehenlasse.

Eine 18jährige Schneiderin lehnt die Männer überhaupt ab, weil sie sie durch die Gastwirtschaft der Mutter immer nur von der schlechtesten Seite kennengelernt habe.

Die Situation vieler Patientinnen wird deutlich an dem häufig geäußerten Wunsch, "einen Mann zu finden, der nicht nur das eine will, wie die meisten Männer und sie ausnutzt, sondern der wirklich liebt und den sie auch richtig lieben können".

Siebzehn Mädchen fühlten sich unglücklich, enttäuscht und verzweifelt, weil der Freund sie nicht genug liebte, sich nicht mehr für sie interessierte, sie verlassen wollte oder sie betrogen hatte. Für zehn von

ihnen war eine derartige Situation direkter Selbstmordanlaß.

Bei zwei war die Angst vor einer Schwangerschaft am Zustandekommen des Suicids wesentlich beteiligt.

Sechs Patientinnen waren lesbisch. Bei zweien von ihnen war dies der Hauptanlaß des Suicidversuches.

Am Beispiel einer 14jährigen Transvestitin (Schülerin) sei die besondere Problematik der Perversen aufgezeigt: Seit ihrem fünften Lebensjahr habe sie den Wunsch, ein Junge zu sein. Zur Zeit der Menarche sei bei ihr ein homosexueller Trieb aufgetreten. Ihre tiefe Stimme habe sie von einer Mittelohrerkrankung zurückbehalten. Mit 14 Jahren habe sie versucht, als Mädchen zu leben; es sei ihr aber unmöglich gewesen. Ihr Wille sei machtlos gewesen gegen ihre Natur. Sie möchte aus dem Zwitterverhältnis Körper - Geist herauskommen und ein richtiger Mann werden. Aus dieser inneren Unruhe, Spannung und Lähmung habe sie nur im Selbstmord einen Ausweg gesehen.

Bei einem ziemlich großen Anteil der Patientinnen fiel uns auf, daß sie sich sehr früh in sexuelle Abenteuer gestürzt hatten, und daß manche zu tiefen Gefühlen gar nicht fähig waren. Dies sind wichtige Sachverhalte, die das Auftreten späterer Schwierigkeiten erklären. Tiefere Ursachen der Haltlosigkeit und Liebesunfähigkeit liegen jedoch, ohne andere Faktoren zu unterschätzen, im Elternhaus. Es hat einem Großteil der Mädchen in ihrer Kindheit und Jugend an Vor- und Leitbildern gemangelt. Das Beispiel der Mutter war häufig kein nachahmenswertes, die Beziehung der Eltern untereinander konnte ihnen auch kein Gefühl von dem, was Liebe bedeutet, vermitteln. Außerdem konnten sie von den Eltern kein Verständnis, keinen Halt und keine Aussprache über ihre Lebensprobleme erwarten. Sie wandten sich also immer mehr dem Leben außerhalb der Familie zu, klammerten sich völlig unerfahren an einen Freund, von dem sie Verständnis und Stütze hofften und erlebten dann auch nach einiger Zeit die erste Enttäuschung.

V. Schule und Beruf der geretteten Selbstmörder

Zunächst eine Aufstellung der Berufe unserer männlichen Patienten:

Oberschüler	7
Studenten	3
Lehrlinge	11
Redaktionsvolontär	1
ungelernte Arbeiter	4
Handwerksgesellen	7
Schiffssteward	1
Hotelangestellter	1
technischer Zeichner	1
kaufmännischer Angestellter	2
städtischer Angestellter	1
Referendare	2
Redakteur	1
Soldaten	8

Von 44 männlichen Patienten besitzen wir Angaben über ihre schulischen oder beruflichen Verhältnisse. Bis auf eine Ausnahme hatten sie alle teils erhebliche Schwierigkeiten auf diesem Gebiet.

Bei den Schülern handelte es sich um schlechte Leistungen aus Mangel an Begabung (2 Fälle) oder um ein plötzliches Nachlassen der Leistungen, weil der Betreffende sich auf einmal den Anforderungen nicht mehr gewachsen fühlte.

So war beispielsweise für einen 15jährigen Gymnasiasten die Aussicht, wieder in die Schule gehen zu müssen, wo er nicht mehr mitzukommen glaubte, der Anlaß zum Suicidversuch. Er, der bisher zu den guten Schülern zählte, hatte 14 Tage zuvor eine nachhaltige Kränkung durch seinen ersten Fünfer erfahren. Er war dann an den Mandeln operiert worden, und nun stand der erneute Schulbesuch bevor, dem er durch seinen Selbsttötungsversuch auswich.

Ein 19jähriger Oberschüler war verzweifelt wegen seinen ständigen Versagens in der Schule. Aus plötzlicher Angst vor einem Vortrag, den er nachmittags halten sollte, unternahm er am Vormittag einen Strangulationsversuch.

In 2 Fällen bestanden Schulschwierigkeiten auf Grund mangelhafter Anpassung und Einordnung in die Schuldisziplin (Disziplinarverstöße, trotziges,

aufsässiges Verhalten).

Bei den Studenten gab es folgende Probleme:

Ähnlich wie bei den Schülern fehlte es zwei Studenten an der notwendigen Begabung für die hochgesteckten Berufspläne, die sie infolge einer Fehleinschätzung anstrebten. Allmählich kamen dann Zweifel an den eigenen Fähigkeiten, Insuffizienzgefühle und Examensangst.

Einem dritten Studenten mangelte es an innerer Anteilnahme und Freude am Studium; sein Berufsziel, Studienrat zu werden, "widerte" ihn an. Er beging einen Suicidversuch nach dem Scheitern einer Zwischenprüfung.

Alle drei Studenten waren noch sehr unreif, ohne Kritikvermögen zur eigenen Person, ohne fest umrissene, den Realitäten angepaßte Zukunftspläne.

Bei den Lehrlingen ergibt die nähere Analyse folgendes:

Mehrere hatten eine falsche Berufswahl getroffen. In einem solchen Fall verbot der Stiefvater aber den Wechsel, was zu großer Unzufriedenheit mit dem Beruf führte. Zwei anderen wurde von ihrem Vater eine Lehre aufgezwungen, die ihnen nicht lag. Insgesamt haben zehn unserer Patienten ihre Lehre abgebrochen, sei es, weil sie körperlich zu schwer war (1), weil das Milieu zu rauh erschien (1 Fall);

weil die Arbeit keinen Spaß machte und nicht zufrieden stellte; aus dem Gefühl der beruflichen Leistungsfähigkeit heraus; aus Mangel an Durchhaltevermögen; auf Grund von Differenzen mit dem Lehrherrn; weil der Meister, der sein Vorbild war, starb (1 Fall); weil er wegen seiner hohen Stimme immer wieder geneckt und auch vom Lehrherrn schikaniert wurde.

Drei Patienten wechselten mehrfach die Lehre.

Vier Jugendliche begannen gar keine richtige Lehre und blieben Hilfsarbeiter.

In drei Fällen kam es zum Suicidversuch aus Angst vor der drohenden Kündigung.

Ein Kraftfahrzeughandwerker beklagte sich, daß er im 2. Lehrjahr immer noch ausschließlich primitive Handlangerarbeiten verrichten müsse.

Ein 16jähriger Lehrling geriet unter den schlechten Einfluß seines jungen Chefs, der ihn in Nachtlokale mitnahm, zum Trinken und zum Verkehr mit Frauen animierte. Der Junge bekam auf Grund seines schlechten Lebenswandels erhebliche Gewissensbisse und sah sich vor zunehmender Konflikte mit den Eltern gestellt. Als Folge davon kapselte er sich immer mehr ab.

Für einen 14jährigen, sehr sensiblen Tischlerlehrling war es ein

seelischer Schock, als er zum ersten Mal einen Sarg machen und dann beim Einbetten des Toten helfen mußte.

Er sah dann, wie der Meister seine eigene Schwester ehrfurchtslos einsargte. Seit dieser Zeit hat er Angst und schwere Träume.

Acht unserer Patienten waren Soldaten. Der Aufenthalt bei der Bundeswehr war bei fünf von ihnen am Zustandekommen des Suicids wesentlich beteiligt, für zwei bildete er den Anlaß zu Selbstmorddrohungen.

Ein 19jähriger Oberschüler mit schizoiden und psychasthenischen Merkmalen, riß bei der Bundeswehr nach drei Tagen aus und drohte mit Selbstmord bei erneuter Kasernierung, da er den Ton, den Lärm und das grundlose Anschnauzen nicht länger aushalte. Er sei dort "entpersönlicht" worden; er halte sich zu sensibel für die Bundeswehr.

Ein 21jähriger Konditorgeselle litt unter der Freizeitbeschränkung und der seelischen Anspannung bei der Bundeswehr.

Ein 23jähriger Musikstudent stand in starker Abwehrhaltung der Bundeswehr gegenüber, weil er sich durch sie aus seinen Berufsplänen herausgerissen glaubte.

Aus Angst vor einer Strafe drohte einer Suicid, ein anderer verübte deshalb Selbstmord.

Zum letzten eine kurze Schilderung: Es handelt sich um den schon zitierten, stark milieugeschädigten, 20jährigen Feinmechaniker, bei dem eine affektive Störung des Bezuges zur Umwelt besteht. Er konnte sich bei der Bundeswehr nicht an die Disziplin, den rauhen Ton der Vorgesetzten und das Unfreisein gewöhnen. Er fühlte sich eingeeengt und wurde zunehmend nervöser. Der erste Suicidversuch mit Tabletten war harmlos, er wollte damit nur gegen die Bundeswehr opponieren, weil er "die Schnauze voll hatte". Anlaß des zweiten Suicidversuches war die Mitteilung, daß er acht Tage Arrest bekommen sollte. Nach einer schönen, durchtanzten Nacht kamen in ihm im Morgengrauen bei der Rückkehr in die Kaserne all die Wut und der Haß gegen die Bundeswehr auf und in einer Stimmung der Auflehnung und Verzweiflung trank er in einer Seitenstraße in suicidalen Absicht eine ganze Flasche Pitralon aus.

Dieser zweite Selbstmordversuch war schon nicht mehr so demonstrativ wie der erste. Man sieht an der Entwicklung vom ersten zum zweiten Selbstmordversuch deutlich, wie sich die ursprünglich gegen die Bundeswehr gerichteten Aggressionen nun immer mehr gegen die eigene Person richten. Gegen den unpersönlichen "Koloß" Bundeswehr kommt man eben nicht an.

Zwei weitere Patienten schluckten Schlaftabletten, weil sie die Schikanen der Kameraden und teilweise auch der Unteroffiziere, das Ausgelacht- und Verstoßenwerden einfach nicht mehr aushielten.

In dem einen Fall handelte es sich um einen körperlich schwächlichen, ängstlichen und übersensiblen 19jährigen Elektriker, der als Benjamin von den anderen auf die Seite gedrückt und allein gelassen wurde.

Der zweite Patient war ein körperlich schwächlicher, selbstunsicherer, infantil egozentrischer, stark geltungsbedürftiger Psychopath, der von den Kameraden ständig gehänselt wurde.

Bei der Bundeswehr ist die Gefahr besonders groß, daß ein Außenseiter von den Kameraden schikaniert wird, und dadurch für den Betroffenen jeder neue Tag zur Qual wird. Der Typ des sportlichen, geselligen, ein wenig draufgängerischen jungen Mannes, der das Trinken und Skatspielen liebt und über Erfolge bei Frauen berichten kann, genießt sowohl bei den Kameraden, als auch bei den meisten Ausbildern das höchste Ansehen. Wer nun gar nicht in diese Schablone hineinpaßt, wie unsere körperlich schwächlichen, ängstlichen und kontaktgestörten Patienten, ist besonders gefährdet, in die Rolle des Prügelknaben, den man überall hänselt, zu geraten.

Auch bei den übrigen Berufstätigen stand die Unzufriedenheit und das Nicht-Ausgefülltsein in dem Beruf im Vordergrund. Als Gründe wurden angegeben: der Streit mit Vorgesetzten, die berufliche Überforderung, daß man sich der Arbeit nicht gewachsen fühlt, eine langweilige Tätigkeit.

Manche wären gerne etwas anderes geworden. Sie wurden daran gehindert: durch das Verbot des Vaters, die finanzielle Lage der Eltern, politische Verhältnisse, Krankheit oder körperliche Gebrechen, oder auf Grund von zu frühem und erst später als unvernünftig erkanntem Abgehen von der Schule.

21 hatten das Gefühl, bei den Klassenkameraden bzw. Arbeitskollegen nicht anerkannt zu sein und waren hierüber sehr bedrückt.

Bei manchen war es die körperliche Schwäche, weshalb sie von den Kameraden nicht für voll genommen wurden. Bei anderen waren es Schüchternheit oder Gehemmtheit oder ein zu sensibler oder schizoider Charakter.

Ein Elektrikerlehrling erzählt anschaulich, daß er immer der kleinste war und daß man ihn auslachte, weil er die Witze der Arbeitskollegen nicht verstand. Darunter habe er sehr gelitten.

Ein Transvertit berichtet von häufigen Schikanen und Verspotten seitens der Kollegen wegen seiner hohen Stimme und seiner Neigung zu Frauenarbeiten.

Die weiblichen Patientinnen hatten folgende Berufe:

Schülerinnen	10
Studentinnen	2
Lehrlinge	7
Hilfskräfte	5
Bardamen	2
Facharbeiterinnen	2
Köchin	1
Schneiderin	1
Verkäuferinnen	2
kaufmänn. Angestellte	3
Kontoristinnen	2
Stenotypistin	1
Auslandskorrespondentin	1
Sprechstundenhilfe	5
Krankenschwestern	3
Graphikerin	1
Schauspielerin	1
Journalistin	1

30 Patientinnen machten ungünstige Angaben über ihre schulische bzw. berufliche Situation.

Die Interesslosigkeit, das Fehlen eines inneren Bezuges und innerer Anteilnahme stand in 12 Fällen im Vordergrund.

Über Ärger mit Kolleginnen und Vorgesetzten, über Nichtanerkennung bei ihnen und Unzufriedenheit berichteten weitere zwölf.

Berufliche Mißerfolge und das Gefühl überlastet zu sein, gaben sechs an.

Bei den Patientinnen hat der Lebensbereich des Berufes eine etwas geringere Bedeutung und Erlebnisqualität. Nur in 30 Fällen wird über den Beruf geklagt. Die Tatsache, daß in acht Fällen Zurechtweisungen und Mißerfolge (z. B. Kündigung) auf der Arbeitsstelle Nebenansätze für den Selbstmord darstellten, zeigt, daß aber auch für die Frauen Anerkennung und Zufriedenheit auf diesem Sektor wichtig sind.

Betrachten wir das Verhalten unserer Patienten auf dem Sektor Schule und Beruf in der Gesamtheit, dann ergeben sich als Hauptgründe für die Unzufriedenheit die Schwierigkeiten oder das Scheitern in diesem Lebensbereich:

a) eine seelisch-geistige Unreife, die dazu führt, daß der innere Bezug und die innere Anteilnahme an Schule, Studium, Lehre oder dem eigentlichen Beruf fehlten; daß man falsche Vorstellungen vom Berufsleben und den einzelnen Berufen hat; daß die Zukunftspläne zu sehr von materiellen Gesichtspunkten (z. B. schnell Geld verdienen, eine Ausbildung mit möglichst wenig Anstrengungen zu erstreben) geleitet werden; daß es an Kritikfähigkeit in Bezug auf die eigenen Fähigkeiten und Begabungen mangelt und damit leicht zu Selbstüberschätzung kommt.

An dieser Stelle ist auch das mangelnde Vertrauen in das eigene Können zu erwähnen, was häufig zu beruflichem Scheitern führt.

b) mangelndes Durchhaltevermögen, wie es bei vielen Patienten der Fall war, die bei auftauchender Schwierigkeiten ihre Ausbildung abbrachen oder ihre Stelle wechselten.

c) das Unvermögen, sich in Gemeinschaften einzufügen. Es erklärt die Streitigkeiten der Patienten mit Arbeitskollegen und Chefs und ihr Scheitern bei der Bundeswehr.

Als tiefere Ursachen der eben erwähnten seelisch-geistigen Unreife, des mangelnden Durchhaltevermögens und der sozialen Anpassungsschwierigkeiten müssen bei unseren Patienten in erheblichem Maße schädigende Einflüsse während der Kindheit verantwortlich gemacht werden, über die wir in einem anderen Kapitel ausführlich sprachen.

Es ist vor allem der Vater, der die Aufgabe hat, richtige Werte in Bezug auf die Einstellung zum Beruf zu verkörpern und dem Sohne darin Leit- und Vorbild zu sein. Bei den Patienten mit falschen Berufsleitbildern, ohne Durchhaltevermögen und Anstrengungsbereitschaft haben die Väter als Vorbilder versagt.

Über den Mangel an Liebe und Geborgenheit als Ursache von späteren sozialen Anpassungsstörungen wurde schon an anderer Stelle berichtet. Als wichtige Ursachen fehlenden Vertrauens in die eigenen Fähigkeiten fanden wir die zu geringe Förderung und Anerkennung unserer Patienten von Seiten der Eltern.

Die besondere Bedeutung von Schule und Beruf, vor allem bei den jungen Männern, ergibt sich nicht nur dadurch, daß alle mit einer Ausnahme über Unzufriedenheit, Unausgefülltsein und sonstige teils erhebliche Probleme in diesem Erlebniskreis klagten, sondern zeigt sich auch an der Tatsache, daß bei elf von ihnen traumatisierende Erlebnisse, wie Enttäuschungen, Kränkungen oder ständiges Unausgefülltsein auf diesem

Sektor zum direkten Selbstmordanlaß wurden.

Es ist sehr bezeichnend, daß fast die Hälfte unserer männlichen Patienten sich nicht anerkannt oder unbeachtet bei den Berufs- oder Schulkameraden fühlte. Daraus ergibt sich, daß diese ständigen Demütigungen, die vor allem geeignet sind, das Eigenwertgefühl chronisch "anzunagen", besonders selbstmorddisponierend sind.

VI. Die Bedeutung der einzelnen Lebensbereiche bei den geretteten Selbstmördern

Um die Bedeutung der einzelnen Lebensbereiche für unsere Adoleszenten abschätzen zu können, um sagen zu können, welcher Erlebenswert den negativen Erfahrungen auf den jeweiligen Gebieten beigemessen wird, bringen wir folgende Aufstellung. Wir führen noch einmal die in früheren Kapiteln behandelten Lebensbereiche auf und geben in Zahlen an:

1. wieviele Patienten negative Erfahrungen bzw. Schwierigkeiten auf dem betreffenden Gebiet hatten,
2. wieviele diese negativen Erfahrungen als wichtige Gründe beim Zustandekommen des Selbstmordes erlebt haben,
3. bei wievielen diese negativen Erfahrungen einen direkten Selbstmordanlaß darstellten.

Elternhaus	insges.		
Klagen über Erziehungsweise und Behandlungsart von seiten der Eltern	49	50	99
wichtige Gründe für SV	17	19	36
direkte Anlässe für SV	8	13	21
Sexualität und Beziehungen zum anderen Geschlecht			
Schwierigkeiten	42	47	89
wichtige Gründe für SV	42	47	89
direkte Anlässe für SV	13	26	39
Schule und Beruf			
teils erhebliche Schwierigkeiten	43	30	73
wichtige Gründe für SV	30	13	43
direkte Anlässe	11	7	18

			insgesamt
aktuelle gesundheitliche Verfassung			
Beschwerden	28	27	55
wichtige Gründe für SV	12	5	17
Anlaß für SV	-	1	1
Freundschaften			
keine Freunde	26	20	46
wichtige Gründe für SV	9	4	13
Anlässe für SV	1	1	2

In obiger Darstellung ergibt sich die Reihenfolge nach der Auswahl der Patienten, die auf den einzelnen Sektoren negative Erfahrungen hatten.

Über ihr Elternhaus klagten 99 Patienten; für 89 hatte es teilweise große Schwierigkeiten und Enttäuschungen auf dem Gebiet der Sexualität, Erotik und Liebe gegeben; 73 kämpften mit teils erheblichen Schwierigkeiten auf dem schulischen und beruflichen Sektor; 55 klagten über gesundheitliche Beschwerden und 46 lebten ohne Freunde.

Ordnen wir nach der Anzahl der negativen Erfahrungen, die als wichtige Gründe für das Zustandekommen des Suicids erlebt wurden, so stellt der Sektor Sexualität und Beziehungen zum anderen Geschlecht an erster Stelle. Dieser Bereich besitzt für das Erleben des einzelnen einen so großen Bedeutungsgehalt, daß die hier entstandenen Enttäuschungen gleich den Kern der Persönlichkeit berühren und als Selbstmordgründe verarbeitet werden. Es folgen in der Reihenfolge die Konflikte, Probleme und Enttäuschungen in Schule und Beruf, die von 30 männlichen und 13 weiblichen Patienten als wichtige Gründe für das Zustandekommen ihres Selbstmordversuches angesehen wurden. Der hohe Anteil der Männer zeigt an, daß diese dem Beruf höhere Bedeutung beimessen und deshalb hier auch leichter vulnerabel sind. Konflikte und Auseinandersetzungen im Elternhaus stellten für 36 wichtige Suicidgründe dar. Die gesundheitlichen Beschwerden, vor allem im Sinne der vegetativen aktualneurotischen Syndrome, empfanden 17 als so starke Belastung, daß sie als wichtige Gründe zum Suicid beitrugen. Bei 13 Patienten fiel das Fehlen von Freunden so sehr ins Gewicht, daß sie es als wichtigen Suicidgrund erlebten.

Fragen wir, auf welchen Bereichen einschneidende Erkenntnisse am häufigsten zum direkten Selbstmordanlaß wurden, so ist es an erster Stelle

wiederum der Sektor Sexualität, Erotik und Liebe zu nennen. Für 39 Patienten ergaben sich hier direkte Selbstmordanlässe. Damit wird die Bedeutung dieses Bereichs noch einmal unterstrichen. Er trug am häufigsten zum Selbstmord bei.

Die Enttäuschungen durch das Elternhaus führten bei 21 Patienten zu direkten Selbstmordanlässen.

Traumatisierung in Schule und Beruf gaben für 18 direkte Selbstmordanlässe ab.

Die gesundheitlichen Beschwerden waren bei einer Patientin direkter Selbstmordanlaß. Die Zahl von nur einer Patientin darf nicht dazu verleiten, die Bedeutung dieses Bereichs zu unterschätzen. Ganz im Gegenteil sehen wir in den neurovegetativen, neurasthenischen, psychasthenischen und angstneurotischen Beschwerden einen wichtigen zum Selbstmord disponierenden Faktor. Diese Beschwerden sind in der Lage, den Lebenstrieb chronisch "anzunagen". Da sie aber keine plötzlichen einschneidenden Erlebnisse darstellen, die vor allem bei jüngeren Leuten den letzten Anstoß zum Suicident-schluß abgeben, kommen sie fast nie als Selbstmordanlaß in Betracht.

Bei zwei Patienten war das Fehlen von Freunden bzw. der Verlust einer Freundin direkter Selbstmordanlaß.

Weiterhin sind wir der Frage nachgegangen, auf wievielen der genannten fünf Lebensbereiche unserer Suicidanten mit Schwierigkeiten, Konflikten und traumatisierenden Erlebnissen zu tun hatten. Folgende Tabelle gibt darüber nähere Auskunft. Die Zahlen bedeuten wiederum die Anzahl der Patienten.

Schwierigkeiten, Konflikte und traumatisierende Erlebnisse

				insges.
auf	5 Bereichen	14	22	36
auf	4 Bereichen	20	14	34
auf	3 Bereichen	8	8	16
auf	2 Bereichen	8	6	14

Aus dieser Tabelle wird klar ersichtlich, daß es zu Erlebniseinschränkungen auf mehreren Lebensbereichen kommen muß, ehe die Adoleszenten an Suicid denken. Mehr als zwei Drittel unserer Fälle haben Verluste auf 4 und 5 Bereichen. Ist man auf soviel wichtigen Bereichen traumatisiert, so gibt es kaum noch Ausweichmöglichkeiten in andere Lebensräume, die einem einen Lebensinhalt vermitteln können.

Diese Tatsachen machen deutlich, daß es in der Entwicklung zum Suicid zu einer zunehmenden Einengung der Persönlichkeit kommt, d.h., es

werden immer mehr Lebensbereiche, die einem normalen Individuum Glück und Erfüllung vermitteln, für ein solches positives Erleben ausgeschlossen bzw. eingeschränkt. Wenn die meisten auf 4 und 5 Gebieten erst traumatisiert werden mußten, ehe sie an Selbstmord dachten, so deutet das auf den noch relativ starken Lebenswillen bei den Jugendlichen hin. Bei älteren Menschen würden wohl schon Traumen auf weniger Lebensbereichen ausreichen, den Lebenswillen zu schwächen.

VII. Stimmungen und Gefühle beim Selbstmordversuch

Wir sind der Frage nachgegangen, in welcher Stimmung sich unsere Adoleszenten vor und bei dem Suicidversuch befanden, aus was für Gefühlen heraus sie Hand an sich legten. In der folgenden Aufstellung haben wir die wichtigsten Stimmungen und Gefühle, aus denen heraus der Selbstmordversuch erfolgte, aufgeführt. Die Zahlen geben die Anzahl der männlichen bzw. weiblichen Fälle an, bei denen der Selbstmordversuch in der Hauptsache aus dem betreffenden Gefühl bzw. der betreffenden Stimmung heraus entstand.

Wir sind uns der Tatsache bewußt, daß ein Mensch vor einem Selbstmordversuch von mehreren, verschiedenartigen Gefühlsregungen und Stimmungen aufgewühlt wird; trotzdem gibt aber bei jedem eine ganz bestimmte Hauptgefühlstönung und Hauptstimmung den Ausschlag.

Manche Patienten, die mehrere Suicidversuche in verschiedenen Stimmungen unternommen haben, wurden mehrfach aufgeführt.

Wir haben versucht, die Vielzahl der vorhandenen Gefühle in einzelne Gruppen zu ordnen, um dadurch eine bessere Übersicht und Einteilungsmöglichkeit zu erhalten. Dabei ergaben sich leider Ungenauigkeiten und Verallgemeinerungen, die nicht zu vermeiden waren.

			insgesamt	
aus dem Gefühl der Ausweglosigkeit, in verzweifelter Stimmung	4	5	11	
aus dem Gefühl der Rat- und Hilflosigkeit	1	1	2	
aus dem Gefühl des Gekränkt-, Gedemütigt- und Entmutigt-Seins	3	3	6	
aus dem Gefühl der eigenen Unfähigkeit	3	2	5	
aus dem Gefühl der Mutlosigkeit	3	1	4	
aus dem Gefühl der Unzufriedenheit mit sich selbst	0	2	2	
aus Wut wegen des eigenen Versagens	1	0	1	
aus dem Gefühl "Nicht-mehr-aushalten- Könnens"	3	1	4	
aus dem Gefühl, von allem genug zu haben, daß das Maß nun voll sei	1	1	2	
	19	16	35	51

aus Enttäuschung und Wut gegenüber
Partner oder Eltern

7 12 19

aus Wut, Auflehnung und Protest
gegenüber der Autorität

3 1 4

10 13 23

weil das Leben keinen Spaß mehr
mache

1 0 1

aus dem Gefühl der Sinnlosigkeit

2 6 8

aus dem Gefühl des Unausgefülltseins

2 1 3

aus dem Gefühl der Gleichgültigkeit

2 1 3

aus dem Gefühl des Angeekelt- und
Gelangweilt-Seins

1 1 2

aus dem Gefühl der Leere,
weil die Zukunft trostlos und wertlos
erschien.

0 2 2

10 11 21

weil man nirgendwo "für voll"
genommen wird

3 0 3

aus dem Gefühl der Verlassenheit

6 9 15

9 9 18

aus dem Gefühl der Angst

4 6 10

wegen starker Schuldgefühle

0 3 3

aus innerer Unruhe

0 3 3

4 12 16

aus Angst vor einer Blamage,
Strafe oder Ehrverlust

4 8 12

Am häufigsten (35 x) erfolgte der Suicidversuch aus einer Stimmung der Verzweiflung, der Ausweglosigkeit, der Entmutigung, des Nicht-mehrweiterkönnens. Hier zeigt deutlich das Phänomen der "Einengung"

(RINGEL). Die psychische Aktivität weicht einer zunehmenden Passivität. Die Möglichkeiten der Daseinsgestaltung werden als immer geringer erlebt, bis die Patienten als Endphase dieser Entwicklung nicht mehr weiter wissen, Sie sehen dann, völlig eingeeengt, nur noch den Ausweg des Suicidversuches.

In solchen Fällen des Nicht-mehr-weiter-Könnens ist der Selbstmordversuch oft wie eine Flucht in einen tiefen Schlafzustand, um endlich Ruhe von allem zu haben. In unserem Material sind einige Patienten, bei denen dies ganz deutlich wurde. Eine Patientin nahm beispielsweise eine hohe Dosis Tabletten und flüchtete dann in den Wald. Sie konnte die häusliche Situation nicht mehr länger ertragen. Sie hatte die Tabletten eingenommen, weil sie endlich Ruhe von allem haben wollte, nicht weil sie sich umbringen wollte.

An diesem Beispiel zeigt sich eine wichtige Erkenntnis über den Selbstmord. Ein Mensch verübt nämlich häufig Selbstmord, nicht weil er sterben will, sondern weil er so nicht mehr leben kann oder will. Der Selbstmord ist dann ein "cry for help", wie STENGEL treffend formuliert hat. Menschen, die Selbstmord begehen, wollen eigentlich gar nicht sterben; sie können nur nicht mehr auf diese Art leben. Ihnen muß also geholfen werden, denn sie verlangen ja danach.

Der Einwand von manchen Gegnern der ärztlichen und seelengerichteten Lebensmüdenbetreuung, man solle diejenigen, die sich umbringen wollen, doch auch ruhig sterben lassen, beruht also auf einer falschen Kenntnis von Selbstmordgeschehen. Ganz im Gegenteil darf man keine Bemühungen scheuen, sie zu retten.

Häufig (23 x) war auch der Suicidversuch in einer Stimmung der Wut, des Haßes, der Auflehnung und des Protestes geschehen. Vorausgegangen war dann oft eine erhebliche Enttäuschung von Seiten einer bestimmten Person. Bei dieser Art von Suicidversuch ließen sich häufig gewisse demonstrative Tendenzen nachweisen. Der Suicidversuch ist in diesem Fall eine drohende, heftige Anklage gegen den anderen, er soll in ihm Schuldgefühle hervorrufen. Bei dieser Art von Suicidversuch läßt sich das Phänomen der "Aggressionsumkehr" (FREUD) deutlich erkennen. Die ursprünglich gegen andere Personen gerichtete Aggressionen wenden sich gegen einen selbst.

Nicht selten (21 x) kam auch der Suicidversuch aus dem Erfahrungsbereich der Sinnlosigkeit des Lebens und des Unausgefülltseins zustande. Es handelte sich hier um Jugendliche, denen der Bezug zu sich selbst und zur Welt fehlte. Ihnen hat es meistens an Leitbildern gemangelt, von denen sie ein richtiges Verhältnis zu den Werten hätten erlernen können.

Das Gefühl der Verlassenheit und das Gefühl, nirgendwo "zur voll ge-

nommen zu werden" kamen zusammen 18 x vor.

Angst - Schuldgefühle und innere Unruhe lösten 16 x den Suicidversuch aus.

Aus Angst vor einer Strafe, Blamage oder Ehrverlust wurde 12 x der Suicidversuch ausgeführt.

Wichtig erscheint uns noch folgender Hinweis.

Fast alle Patienten gaben an, daß sie in der Zeit vor dem Selbstmordversuch keine Möglichkeit der Aussprache hatten, daß ihnen die Menschen fehlten (sie beziehen sich dabei vor allem auf ihre Eltern), mit denen sie richtig hätten reden können. An diesem Verhalten der Suicidanten zeigt sich deutlich die innere Vereinsamung, die von vielen Autoren als charakteristisch für die Selbstmordentwicklung angesehen wird.

VIII. Zur Psychopathologie der geretteten Selbstmörder

In der folgenden Aufstellung geben wir eine Übersicht über die wichtigsten psychopathologischen Merkmale unserer Patienten. Männliche und weibliche Patienten werden wieder getrennt aufgeführt. Die Zahlen geben jeweils die Anzahl der Patienten an, die diese betreffende Eigenschaft besitzen.

sozialer Bezg:

gehemmt, einzelgängerisch, kontaktgestört	27	16
---	----	----

allgemein seelische Entwicklung:

retardiert	17	11
------------	----	----

Wille:

willensschwach, haltlos	8	5
-------------------------	---	---

Affekte:

Neigung zu affektiven Entgleisungen	3	1
-------------------------------------	---	---

Neigung zu Kurzschlußhandlungen	5	-
---------------------------------	---	---

sprunghaft	3	-
------------	---	---

Gefühlsleben:

stimmungslabil	8	9
----------------	---	---

gefühlsflach	3	1
--------------	---	---

ohne innere Anteilnahme, gelangweilt	1	-
--------------------------------------	---	---

sehr sensibel	4	3
---------------	---	---

starke Minderwertigkeitsgefühle	6	5
---------------------------------	---	---

starke Angstgefühle	6	3
---------------------	---	---

innere Unruhe	1	4
---------------	---	---

überhöhtes Geltungsbedürfnis	8	6
------------------------------	---	---

Neigung zum Lügen	-	6
-------------------	---	---

geringe Realitätsbezug		
------------------------	--	--

Charakterstruktur:

depressiv	6	9
-----------	---	---

ängstlich	3	10
-----------	---	----

phobisch	2	1
----------	---	---

psychasthenisch	4	7
-----------------	---	---

hysterisch	2	6
------------	---	---

schizoid	3	1
----------	---	---

selbstunsicher	7	6
----------------	---	---

anankastisch	3	2
--------------	---	---

Die Intelligenz lag bei fast allen Patienten im Bereich der Norm.

Insgesamt fanden wir bei 43 unserer Patienten einen gestörten sozialen Bezug. Wir stellen also fest, daß Suicidanten sehr häufig kontaktgestörte Menschen sind, oder, anders ausgedrückt, daß kontaktgestörte Menschen besonders zum Selbstmord neigen. In der Kontaktgestörtheit sehen wir einen wichtigen ursächlichen Faktor beim Zustandekommen des Suicids.

Diese Tatsache ist leicht zu erklären; wir haben in früheren Kapiteln schon öfter darauf hingewiesen. Es sind ja vor allem kontaktgestörte Personen, die Schwierigkeiten haben, Freunde zu finden und denen die Anerkennung bei den Schul- und Berufskollegen versagt bleibt. Sie haben auch in der Liebe mit den größten Problemen zu kämpfen. Sie sind geradezu prädestiniert, auf den genannten Lebensbereichen infolge ihrer mangelnden Kontaktfähigkeit Enttäuschungen zu erleben. Der Aufbau echter menschlicher Kontakte ist bei ihnen erschwert. Damit fehlt ihnen der entscheidende Halt im Leben eines Menschen. Sind es doch gerade die tiefen zwischenmenschlichen Beziehungen, die uns das Gefühl vermitteln, nicht nur eine Nummer der Massengesellschaft zu sein, sondern eine Person, die zu anderen in engster Verbindung und Abhängigkeit steht.

Die Tatsache, daß 28 der Adoleszenten in der allgemeinen seelischen Entwicklung retardiert waren, scheint uns auch bedeutungsvoll. Seelische Unreife erklärt teilweise das Scheitern im Studium und Berufsleben, worauf in dem entsprechenden Kapitel schon hingewiesen wurde. Diese Patienten waren nicht reif genug, um sich selbst und ihre Fähigkeiten einzuschätzen und dann den richtigen Beruf zu wählen. Ihnen mangelte es auch an der Fähigkeit, den eingeschlagenen Berufs- und/oder Ausbildungsweg ernsthaft weiterzuverfolgen, da ihnen das richtige Ziel noch fehlte. Das weitgehende Unabhängigsein von zu Hause, das freie Verfügen über Geld, das Auf-sich-allein-gestellt-Sein waren für manche noch zu große Belastungen. Die Probleme im Bereich von Sexualität, Erotik und Liebe sind auch z. T. durch diese retardierte seelische Entwicklung bedingt. Unwissenheit, mangelnde Erfahrung, Naivität, zu geringer Realitätsbezug, Selbstüberschätzung sind hier die Gründe für auftretende Konflikte.

Wenn eine weibliche und elf männliche Patienten die Neigung zu kurzschlüssigen, sprunghaften Handlungen und zu affektiven Entgleisungen haben, so ist das charakteristisch für einen Teil der jugendlichen Suicidanten, bei denen der Selbstmord eine reine Kurzschlußhandlung darstellt. Diese Kurzschlußsuicide sind in der Jugend besonders häufig.

Auffallend erscheint uns, daß nur eine Patientin in diese Gruppe ge-

hört, was ja der geläufigen Vorstellung vom weiblichen Gefühlsleben widersprechen würde. Bei der geringen Zahl von 50 Patientinnen kann es sich dabei aber auch um einen Zufall handeln. Deshalb wollen wir eine Deutung dieses Phänomens unterlassen.

Ähnlich wie die Neigung zu affektiven Entgleisungen zum Selbstmord disponiert, so scheint dies auch bei Stimmungslabilität der Fall zu sein. 17 Patienten zeichneten sich durch besondere Stimmungslabilität aus.

Fünf Patienten waren gefühlsflach. Die Unfähigkeit zu tiefen Gefühlen, zu innerer Anteilnahme hat Langweile, Freudlosigkeit, Desinteresse und Daseinsleere zur Folge. Bis zu dem Entschluß, aus dem Leben zu scheiden, weil dies sinnlos erscheint, ist es dann nicht mehr weit.

Sieben Patienten waren dagegen sehr sensibel und taten sich schwer, Enttäuschungen und Fehlschläge zu "verdauen".

Auf das Mitwirken starker Minderwertigkeitsgefühle beim Zustandekommen des Suicids wurde schon mehrfach hingewiesen. Bei 11 Patienten standen diese im Vordergrund. Durch die starken Minderwertigkeitsgefühle wurden die betreffenden Jugendlichen noch kontaktscheuer und gehemmter und verloren jegliche Lust am Leben.

Angstgefühle gaben 9 Patienten an, über innere Unruhe klagten 5. Es handelte sich hier um neurotische Angst und Unruhe. Diese beiden Symptome deuten sehr häufig auf eine akute Selbstmordgefährdung hin.

14 Patienten hatten ein besonders starkes Geltungsbedürfnis. Dadurch nahmen sie sich viel zu viel vor und scheiterten dann. Außerdem fielen sie teilweise bei Kollegen und Bekannten wegen ihrer "Angeberei" unangenehm auf und wurden deshalb gemieden.

Eine depressive Charakterstruktur hatten 17 Patienten. Diese relativ geringe Zahl erklärt sich wohl dadurch, daß wir es bei unseren Patienten mit Menschen zu tun hatten, die Selbstmordversuche begangen haben. Selbstmordversuche geschehen nicht so selten aus Jähzorn oder Wut, enthalten z. T. auch erpresserische, geltungsbedürftige oder demonstrative Komponenten. Sie sind dann teilweise Kurzschlußhandlungen und deshalb nicht so gut vorbereitet, so daß eine Rettung leichter möglich oder sogar mit eingeplant ist. Geschehen Suicide auf dem Hintergrunde einer abgrundtiefen Traurigkeit und völliger Verzweiflung, wie es bei Menschen mit depressiver Struktur häufig vorkommt (wir sehen dabei von den Suiciden bei endogener Depression einmal ganz ab), so enden sie meist tödlich, weil die Vorbereitungen besser durchdacht waren und der Lebenswille auch stärker ausgelöscht war.

Auf die Bedeutung der ängstlichen Struktur (13 Patienten) und der psychasthenischen Struktur (11 Patienten) wurden schon im Kapitel über den Gesundheitszustand hingewiesen. Beide Eigenschaften halten wir für selbstmorddisponierend, denn die Psychasthenie mit ihren ärgerlichen und quälenden Beschwerden wie auch die ständige Ängstlichkeit verhindern ein Leben, an dem man Freude haben kann und bedingen eine permanente Unzufriedenheit mit sich selbst.

Hysterische Strukturen, wie sie 8 Patienten aufwiesen, neigen zum Selbstmord, denn Hysteriker setzen ja besonders gern den Körper zur Erreichung ihrer Ziele ein. Aus diesem Grund ist der Suicid von Hysterikern auch häufig ein wohlberechnetes Schauspiel. Das soll aber nicht heißen, daß diese Suicidversuche vom Arzt nicht ernst genommen werden sollen. Sie sind auch gefährlich, denn nur allzu leicht passiert es, daß die Dosis Schlaftabletten aus Unkenntnis doch etwas zu hoch war, oder daß die Rettung zu spät kommt. Auch hinter den Suicidversuchen mit überwiegend theatralischem Gepräge verbirgt sich ein erkrankter Lebenstrieb.

In unserem Material ist eine 19jährige Arzthelferin mit vorwiegend hysterischer Charakterstruktur, die im Rahmen eines Liebeskonfliktes schon drei Suicidversuche unternommen hatte. Diese stellten ein Druckmittel ihrem Freund gegenüber dar, der einer Heirat immer wieder auswich, und ihren Eltern gegenüber, die mit dem Liebesverhältnis nicht einverstanden waren. Beim vierten Suicidversuch kam dann die Hilfe zu spät, denn die Schlaftabletten hatten die teils gewollte und sicherlich teils ungewollte Wirkung schon getan.

IX. Zur Nosologie der geretteten Selbstmörder

Im folgenden bringen wir eine Aufstellung der bei unseren Patienten gestellten Diagnosen. Männliche und weibliche Patienten sind getrennt aufgeführt. Die Zahlen geben die Anzahl der Patienten mit der betreffenden Diagnose an.

			insgesamt
Psychopathie	18	8	26
neurotische Entwicklung	9	12	21
abnorme Erlebnisreaktion	5	14	19
Mischtypen zwischen Psychopathie und neurotischer Entwicklung	8	3	11
reaktive Depression	3	8	11
Pubertätskrise, Reifungskrise	7	4	11
Anorexia nervosa	-	1	1

Bei 26 Patienten unseres Materials wurde von den Stationsärzten der Nervenlinik eine Psychopathie diagnostiziert. Nach HOFF ist die Persönlichkeitsstruktur des Psychopathen durch folgende Eigenschaften gekennzeichnet:

1. durch eine schwache Egoentwicklung.

Die Folge davon ist ein unreifes Individuum, "das von Aggressionen überwältigt wird, dessen Triebe durchbrechen und das nicht imstande ist, diese Triebregung und Aggressionen in ein richtiges Verhältnis zur Außenwelt zu bringen" (HOFF).

2. dadurch, daß das Individuum den Begriff Liebe nicht kennt.

Die ersten Versuche, libidinöse Beziehungen mit der Umgebung im Elternhaus einzugehen, verliefen enttäuschend; so entwickelte sich ein Individuum, das unfähig ist, tiefere menschliche Beziehungen aufzubauen.

3. durch die mangelhafte Entwicklung eines entsprechenden Superego.

4. durch die Unfähigkeit, mit inneren Spannungen fertig zu werden und diese zu ertragen.

Dieses Unvermögen kommt durch die Schwäche des Superego und die Unreife des Ego zustande.

Werden Psychopathen an der Erfüllung ihrer lustbetonten Wünsche gehindert, so entstehen in ihnen Spannungen, die sie zu ertragen nicht gelernt haben. Diese mächtigen Aggressionspotentiale können nach außen entladen werden oder auch gegen die eigene Person, wie es im Suicidversuch der Fall ist. RINGEL betont, daß es typische Versagungssituationen sind, die zum Suicidversuch des Psychopathen führen. Auf Grund unserer Untersuchung können wir diese Erfahrung bestätigen. Als Beispiel seien ein Musikstudent genannt, der Suicidversuch verübt, weil der durch eine Versetzung bei der Bundeswehr am Klavierspielen gehindert wird; oder eine Schülerin, die durch ein Verbot der Eltern ihren Freund nicht mehr treffen darf und deshalb die Selbsttötung versucht.

Wenn die Psychopathie zum Teil das Resultat einer psychodynamischen Entwicklung seit der Kindheit ist, wie es viele moderne Autoren z. B. von BAYER, HOFF annehmen, so zeigen sich hier deutlich die Auswirkungen des ungeordneten Elternhauses mit seinen fehlenden Identifikationsmöglichkeiten, wie es ja leider so häufig bei unseren Patienten der Fall war.

In 21 Fällen wurde eine neurotische Entwicklung diagnostiziert. Auch hier setzt der Krankheitsbeginn schon meist in der Kindheit ein. Im Laufe der Zeit ist es zu einer zunehmenden Kontaktstörung gekommen, die dann zu einer immer stärkeren Einengung der Erlebensmöglichkeiten geführt hat. Die aufgestauten Aggressionen haben sich dann eines Tages gegen das eigene Individuum gerichtet und im Suicidversuch ihren Ausdruck gefunden.

In 19 Fällen konnte der Suicidversuch als abnorme Erlebnisreaktion gedeutet werden. Es handelte sich dabei vor allem um reaktive Erregungen, die mit heftigen Affekten der Angst, Wut und Verzweiflung verbunden waren. Unausgeglichene, reizbare und ängstliche Persönlichkeiten gehörten in diese Gruppe.

Bei 11 Patienten waren sowohl Zeichen einer Psychopathie als auch einer neurotischen Entwicklung vorhanden.

Bei 11 Patienten konnte von einer reaktiven Depression gesprochen werden. Meistens waren die Betroffenen empfindsame, gemütsweiche Persönlichkeiten, die nach Verlusten oder Enttäuschungen derart reagierten.

Bei 7 Jungen und 4 Mädchen wurde der Suicidversuch als Ausdruck einer Pubertät- bzw. Reifungskrise aufgefaßt. In der Pubertät, die eine besondere Krisenzeit darstellt mit häufigen Depressionen, sprunghaften Stimmungsschwankungen, Launenhaftigkeiten und verzweifelten Stimmungen sind Kurzschlußhandlungen, Davonlaufen und Selbstmordversuche nicht so selten. Wir schließen uns der Meinung SPOERRIS an, daß bei den Pubertätsdepressionen die Gefahr des Selbstmordes ernst zu nehmen ist.

Bei einem Mädchen stand die Anorexia nervosa im Vordergrund, bei einem anderen, wo die Diagnose neurotische Entwicklung gestellt wurde, traten vorübergehend Zeichen einer psychogenen Magersucht auf.

Im erstgenannten Fall handelte es sich um eine 23jährige, sehr sensible Musikstudentin, die in einer äußerst ungünstigen Familiensituation aufgewachsen war. Ihre ersten Kindheitserinnerungen sind schreckliche Fluchterlebnisse. Zu Hause herrschte ständig Streit, weil der Vater eine Geliebte hatte. Die Mutter und die Kinder wurden vom brutalen Vater geschlagen. Die Patientin erfuhr auch, daß sie ein unerwünschtes Kind sei. Mit 19 Jahren unternahm sie einen Selbstmordversuch mit Tabletten, zudem vor allem die häufigen Konflikte mit dem Vater und die Demütigungen durch ihn beigetragen hatten. Nach dem Suicidversuch begann sie eine sogenannte psychotherapeutische Behandlung bei einem Autodidakten. Dort hörte sie erstmals von der psychogenen Magersucht; sie bekam auch eine Schrift darüber zu lesen. In der Zeit darauf kam es bei ihr zu einer zunehmenden Abneigung gegen das Essen; ferner trieb sie einen immer stärkeren Abusus mit Abführmittel und wassertreibenden Medikamenten. Sie wurde völlig kachektisch in lebensbedrohlichem Zustand in die Klinik eingewiesen.

Der zweite Fall betrifft eine 23jährige Blumenbinderin. Sie ist eine psychasthenische, ängstliche Persönlichkeit und neigt zu abnormer Erlebnisverarbeitung. Durch die charakterliche Verschiedenheit der Eltern gab es erhebliche Differenzen innerhalb des Familienmilieus, die das leicht vulnerable Mädchen entmutigten. Ein Aufenthalt in der Schweiz war für die damals 19jährige, schon leicht anankastische Heranwachsende ein einschneidendes Trauma. Berufliche Überforderung bei schlechtem Arbeitsklima, fehlender Nestwärme und ekelerregende Erlebnisse durch den trinkenden Großvater hinderten sie, nicht nur ihre weibliche Rolle anzunehmen, sondern führten sogar zu Todeswunsch und Suicidabsichten. Sie hatte damals niemanden gehabt, der sie verstand; in diese Zeit fällt außerdem noch ein enttäuschendes Liebeserlebnis. Sie wurde dann auf dem Speicher, wo sie Anstalten machte, sich aufzuhängen, entdeckt. Nach dem mißlungenen Selbsttötungsversuch kam es in der Folge zu psychogener Magersucht.

An diesen beiden Fällen läßt sich folgende interessante Beobachtung machen. Der Todeswunsch, der sich anfangs in Form eines Suicidversuches manifestierte, bleibt bei Scheitern desselben weiterhin bestehen. Er wandelt nur sein Gesicht, indem er sich nun in Form eines chronischen Suicids äußert, eben in Gestalt der Nahrungsverweigerung und des Tablettenabusus. Die Patientinnen versuchen, sich auf diese Weise allmählich umzu-

bringen, wir wollen deshalb von einem Zeitlupensuicid sprechen.

In diesem Sinne ließe sich die psychogene Magersucht als Zeitlupensuicid bezeichnen.

Um einen Zeitlupensuicid handelt es sich auch bei einer weiteren Patientin, die täglich eine Überdosis Schlaftabletten einnahm, um sich, wie sie sagte, langsam umzubringen.

Man kann annehmen, daß es bei dem Zeitlupensuicid dem Betroffenen an der augenblicklichen Entschlußkraft, nun wirklich dem eigenen Leben ein Ende zu setzen, mangelt. Dies mag zum Teil an ihrer Persönlichkeitsstruktur liegen, zum Teil aber auch daran, daß sie keine einschneidenden, plötzlichen Enttäuschungen, Verluste oder Demütigungen mitmachte, sondern mehr über lange Zeit sich dahinziehende Kränkungen erlebte.

E. ZUSAMMENFASSENDE AUSWERTUNG DER WICHTIGSTEN ERGEBNISSE UND VERGLEICH DERSELBEN MIT DER LITERATUR

Zu: Kindheit und Elternhaus

Wir betonten die Notwendigkeit der natürlichen mütterlichen Zuwendung, der Sicherheit und Geborgenheit, die bei der Hälfte unserer Patienten fehlte. Durch mangelnde mütterliche Liebe konnte das "Urvertrauen" bei ihnen nicht angelegt werden. Deshalb haben unsere Patienten später Schwierigkeiten, mitmenschliche Kontakte aufzubauen und Menschen zu lieben.

Bei über der Hälfte unserer Patienten fiel der Vater als positives Vorbild aus, entweder weil er ganz fehlte oder, weil er durch seine schlechte Haltung bei dem Kinde nur Ablehnung hervorrief. Wir wiesen auf die Bedeutung des Vaters als dem Vertreter der rauen Wirklichkeit hin, von denen das Kind lernen soll, auf Annehmlichkeiten des Augenblicks zu verzichten und echten Werten nachzustreben. Es wird durch eine richtige Vaterfigur auch angeleitet, in seiner eigenen Liebesfähigkeit über die Betonung des Augenblicks und des Genusses hinauszuwachsen.

Bei etwa 70 Patienten lagen schwer gestörte Familienverhältnisse vor. Hier handelte es sich vor allem um Streit zwischen den Eltern, der ein ständiges "Reizklima" schafft, in dem ein zuversichtliches und optimistisches Lebensgefühl bei Kindern kaum aufkommen kann. Zu dieser gereizten Atmosphäre trug auch die starke Nervosität der Eltern bei, wie sie bei fast einem Drittel der Eltern vorlag. Das häusliche Milieu wird bei unseren Patienten nicht so sehr durch finanzielle Not oder beengte Wohnverhältnisse beeinträchtigt, sondern durch die Unfähigkeit der Familienmitglieder, vor allem der Eltern, harmonisch zusammenzuleben.

Wenn in manchen nach dem Krieg erschienenen Arbeiten auf die Bedeutung der sozialen Not in den Elternhäusern der Selbstmörder hingewiesen wurde, so ist dieser Faktor wohl inzwischen nicht mehr von großer Wichtigkeit. Wenn nur bei einem Patienten die familiären und erzieherischen Gegebenheiten als normal zu bezeichnen waren, 99 dagegen über ihre Kindheit und ihre Elternhäuser klagten, so sehen wir in dieser Tatsache eine Hauptursache des Selbstmordes. Die zweite Hauptursache dürfte wohl in strukturellen Anlagefaktoren liegen.

Auch im jugendlichen Alter brauchen die meisten noch des Haltes und der Zuflucht im Elternhaus. Wird ihnen dies versagt, so kann für manche damit

das Leben so wertlos sein, daß sie Hand an sich legen.

Das ungeordnete Elternhaus, das "broken Home" (STENGEL), von dem keine Geborgenheit und Wärme ausgeht, wird von vielen Autoren als sehr bedeutungsvoll für das Zustandekommen des Selbstmordes gehalten. Wir erwähnen in diesem Zusammenhang V. ANDICS, BAADER, FAU u. Mitarbeiter, MOUREU und Mitarbeiter, POROT und Mitarbeiter, RINGEL, SCHMIDT, ZUMPE und WAAGE. Ebenso wie wir feststellten, betonen auch sie, daß durch diese ungünstigen Kindheitsumstände eine Fehlentwicklung eingeleitet oder begünstigt wird, bei der sich die Fähigkeiten, im späteren Leben normale emotionale Beziehungen herzustellen, nicht voll entwickeln kann. Solche Menschen neigen dann später zu Kontaktgestörtheit. Diese hat oft eine Vereinsamung, Haltlosigkeit oder Verwahrlosung zur Folge. Wenn STENGEL die soziale Isoliertheit für den am weitesten verbreiteten Einzelfaktor unter den Ursachen von Selbstmordhandlungen hält, so gilt dies nach unseren Erfahrungen auch bei den Suicidanten im Adoleszentenalter. RINGEL weist auf die innere Vereinsamung hin als wichtigstem präsuicidalem Zeichen.

Hält man sich bei diesen wichtigen späteren Selbstmordfaktoren wie soziale Isoliertheit und innere Vereinsamung ihre psychodynamische Entstehung vor Augen, so gelangt man zu einer richtigen Einschätzung der besonderen Bedeutung von Kindheit und Elternhaus.

Zu: Gesundheitszustand

Etwa ein Drittel der männlichen Patienten erlebten als Kinder und Schuljungen häufige Zurücksetzung und Demütigungen vor den Gleichaltrigen, weil sie schwach und anfällig waren. Die Resonanz derartiger früher Erlebnisse geht wohl nie ganz verloren und wirkt sich sicherlich auch noch in späteren Jahren nachteilig auf das Selbstgefühl der Betroffenen aus. Ein Viertel der Patienten zeigten in der Kindheit Symptome kindlicher Neurosen oder Neuropathischer Konstitution. Darin sehen wir auch einen Beweis einer schon früh angefangenen neurotischen Fehlentwicklung.

Die Tatsache, daß etwa die Hälfte der Patienten in der Kindheit über eine geschwächte körperliche oder seelische Gesundheit verfügte, möchten wir besonders hervorheben, weil sie in der uns zugänglichen Literatur bisher nicht zur Sprache kam und weil wir in ihr einen wichtigen Selbstmord-disponierenden Faktor sehen. Die infolge dieser geschwächten Gesundheit auf einen einwirkenden unerfreulichen Ergebnisse und Erfahrungen stören offenbar die Entwicklung eines gesunden Selbstbewußtseins und einer zuversichtlichen Lebensgrundhaltung.

Zum aktuellen Gesundheitszustand fiel uns auf, daß 55 % über neurovegetative, neurasthenische, psychasthenische und angstneurotische Symptome klagten. Diese quälenden und störenden Beschwerden und Ängste, die einem jegliche Lust am Leben nehmen, stellen unseres Erachtens ebenfalls einen wichtigen selbstmorddisponierenden Faktor dar. Wir weisen besonders darauf hin, weil dieses Phänomen bisher in der Literatur kaum erwähnt wurde. Nur SCHMIDT gibt an, daß bei seinen jugendlichen Suizidanten auch Klagen über Müdigkeit und Mattigkeit vorkamen.

Zu: Freundschaft

46 % der Patienten hatten vor allem wegen ihrer Kontaktstörungen keine Freunde. Damit fehlte es ihnen an wichtigen Personen, bei denen man sich aussprechen kann und von denen man Rat, Unterstützung und Halt bekommen kann.

V. ANDICS teilt in ihrer Untersuchung an 100 geretteten, erwachsenen Selbstmördern mit, daß 80 % keine Freundschaften hatten.

Wir wiesen ferner darauf hin, daß Perverse ganz besonders Schwierigkeiten haben, Freunde zu finden. Es ist ferner bemerkenswert, daß kaum einer unserer Patienten irgendeiner außerfamiliären Gemeinschaft angehörte, sei es einer religiösen Gemeinschaft, einer Jugendgruppe, einem Sportverein oder einem sonstigen Club. Diese Gemeinschaften verhelfen zu einer sinnvollen Freizeitgestaltung, die fast keiner hatte und vermitteln das Gefühl von Zusammen- und Zugehörigkeit. Auf diese Weise ließe sich bei manchen Jugendlichen die Entwicklung zum Selbstmord verhindern.

Zu: Sexualität und Beziehungen zum anderen Geschlecht

Der Bereich von Sexualität, Erotik und Liebe barg die meisten Konflikte. 89 % hatten hier teils sehr große Schwierigkeiten. An häufigen Problemen wurden aufgeführt:

Onaniekonflikte, völliges Fehlen eines Partners, Enttäuschungen, Verlassen- oder Betrogen-Werden, Unbefriedigtsein, weil man nur oberflächlich lieben kann, Angst vor Schwangerschaft, Liebeskonflikte, hervorgerufen durch Einschreiten der Eltern.

Als Gründe für die vielen Enttäuschungen unserer Patienten nannten wir Kontaktschwierigkeiten, Schüchternheit, Gehemmtheit, die Unfähigkeit zu tieferen Gefühlen, die Bindungsfähigkeit, die neurotische Wahl eines Partners, das zu starke Sich-Klammern an einen Partner, Unerfahrenheit

und Ungeschicklichkeit.

Bei Mädchen erwähnten wir die oft nie mehr gutzumachende Auswirkung sexueller Traumen durch Familienangehörige. In diesem Zusammenhang zitieren wir GEISLER, der psychische Schäden nach sexuellen Widerfahren bei Kindern und Jugendlichen untersucht hat. Diese psychischen Schäden nach sexuellen Traumen bestehen nach GEISLER u. a. in einer Steigerung der sexuellen Erregbarkeit mit der Gefahr sexueller Entgleisungen bis zur Verwahrlosung und in einer gestörten Entwicklung der Liebesfähigkeit. Bei den betroffenen Mädchen konnten wir diese Entwicklung zum Teil beobachten.

Wir wiesen ferner auf den mangelnden elterlichen Halt hin, der bei manchen zu frühe sexuelle Abenteuer gefördert hatte. Dazu liefert V. ANDICS noch einen anderen Gesichtspunkt. Sie sagt, daß für proletarische Mädchen das Verhältnis mit einem Mann die einzige mögliche Form der Zärtlichkeitsgewinnung sei, es sei oft ein Ersatz für die entbehrte Liebe im Elternhaus.

Auf die besondere Problematik der Perversen wurde aufmerksam gemacht.

Liebeskonflikte waren für die Mädchen doppelt so häufig Selbstmordanlässe; der Liebessektor hat für sie wohl einen noch höheren effektiven Stellenwert. Außerdem können sie sich bei Enttäuschungen in der Liebe auf dem beruflichen Sektor nicht so leicht Ersatzbefriedigungen holen. Ferner sind sie auch in ihrer Entwicklung den Jungen um ca. 2 Jahre voraus und haben deshalb auch schon mehr tiefergehende Erlebnisse als diese. Im übrigen darf nicht vergessen werden, daß Jungen nicht schwanger werden können, Mädchen "spielen" hier mit einem höheren Einsatz.

Unsere Ergebnisse stimmen mit den Erfahrungen von THOMAS, die er als Leiter der Lebensmüdenbetreuung Berlins gewonnen hat, überein. Auch er betont, daß die unverarbeiteten Liebeserlebnisse die wichtigsten selbstmordgefährdenden Faktoren darstellen. Ferner erwähnt er, daß sich Mädchen viel häufiger aus "Liebeskummer" umbringen.

Zu: Schule und Beruf

Wir wiesen auf die besondere Bedeutung dieses Lebensbereiches vor allem für die jungen Männer hin. Sie hatten hier fast alle erhebliche Schwierigkeiten. Für 11 von ihnen wurden traumatisierende Erlebnisse auf diesem Sektor zum direkten Selbstmordanlaß. Dreißig Mädchen klagten über ihr Berufsleben, bei ihnen stellten berufliche Zurechtweisungen und Auseinandersetzungen in acht Fällen Selbstmordnebenanlässe dar. Das zeigt, daß auch für sie die Anerkennung und Zufriedenheit im Beruf eine nicht geringe Bedeutung haben. Die beruflichen oder schulischen Hauptprobleme waren:

Mangel an Begabung, schlechte Leistungen, Nachlassen der Leistungen, berufliche Überforderung, falsche Berufswahl, Unzufriedenheit mit Beruf und Arbeit, Fehlen innerer Anteilnahme oder eines inneren Bezuges zur Arbeit, Ärger mit Kollegen und Vorgesetzten.

Als Hauptgründe für die Unzufriedenheit, die Schwierigkeiten oder das Scheitern in diesem Lebensbereich hoben wir hervor:

1. eine seelisch-geistige Unreife;
2. mangelndes Durchhaltevermögen,
3. das Unvermögen, sich in Gemeinschaft einzuordnen.

Ein liebloses Elternhaus und ein als positives Leitbild versagender Vater spielen nach unserer Auffassung beim Zustandekommen dieser drei genannten Eigenschaften eine verantwortliche Rolle.

Es wurde darauf hingewiesen, daß der Aufenthalt bei der Bundeswehr besondere Probleme und Gefährdungen schafft. Diese bestehen vor allem

- a) in der Lösung aus der Obhut und dem moralischen Halt der Familie,
- b) in der Entfernung vom Freundes- und Bekanntenkreis, was die Gefahr der Vereinsamung mit sich bringt,
- c) in der Umstellung auf einen völlig veränderten Tagesablauf in einem gänzlich ungewohnten soldatischen Milieu, wo es Dienstordnungen, Befehle, Freizeitbeschränkungen und dergleichen mehr gibt.

BRICKENSTEIN bemerkt in diesem Zusammenhang, daß durch die Beschränkung der Freizeit auch die Liebesbeziehungen besonderen Belastungsproben unterliegen.

Große Beachtung schenken wir der Tatsache, daß fast die Hälfte unserer männlichen Patienten sich nicht anerkannt oder unbeachtet bei den Berufs- oder Schulkollegen fühlten. Diese ständigen Demütigungen sind offenbar besonders dazu geeignet, das Selbstwertgefühl und den Lebensmut chronisch "anzunagen". Deshalb halten wir sie für besonders selbstmord-disponierend. Wenn FAU und Mitarbeiter in ihrer Untersuchung über den Suicid beim Adoleszenten an Hand von 23 Fällen zu dem Ergebnis kommen, daß die "Anpassung an Schule und Beruf" keine große Rolle für den Suicid spiele, so können wir diese Feststellung nicht bestätigen.

Wir schätzen die Bedeutung von Schule und Beruf sehr hoch ein. Die nicht erfolgte Anpassung an Schule und Beruf und die sich daraus ergebenden negativen Erfahrungen waren für 11 von insgesamt 50 männlichen Patienten direkte Selbstmordanlässe !

Zu: Bedeutung der einzelnen Lebensbereiche

In diesem Kapitel wurde die Bedeutung der einzelnen Lebensbereiche an Hand von Tabellen gewürdigt. Wir erwähnten noch einmal die Gesamtzahl der Patienten, die Schwierigkeiten auf den jeweiligen Bereichen hatten. Wir fragten ferner, wie häufig negative Erfahrungen in den einzelnen Bereichen wichtige Selbstmordgründe darstellten. Es ergab sich, daß Traumen auf dem Sektor von Sexualität, Erotik und Liebe am meisten die Freude am Leben beeinträchtigen, an zweiter Stelle folgten Schule und Beruf und an dritter das Elternhaus.

Von diesen wichtigen Selbstmordgründen, die dazu führen, daß das Leben allmählich immer wertloser und unerfreulicher erscheint, trennten wir die direkten Selbstmordanlässe. Diese sind Ereignisse, die den Menschen plötzlich ganz tief treffen und erschüttern. Zu nennen sind hier vor allem starke Enttäuschungen, Demütigungen, Zurücksetzung, Bestrafungen und das Ausgestoßenwerden. Der Bereich der Sexualität, Erotik und Liebe lieferten die meisten Selbstmordanlässe, es folgten das Elternhaus und Schulleben und Beruf.

An Hand einer weiteren Tabelle führten wir aus, daß mehr als zwei Drittel unserer Suicidanten Schwierigkeiten und damit Einschränkungen des positiven Erlebens auf vier oder fünf Lebensbereichen hatten. Diese Tatsache zeigt uns, daß bei der Entwicklung zum Suicid immer mehr Bereiche, auf denen ein gesundes Individuum durch sein Handeln Glück und Bestätigung erleben kann, ganz oder teilweise ausfallen. Wenn vier oder fünf Lebensräume keine Erfüllung mehr bringen, gibt es kaum noch Ausweichmöglichkeiten in andere Bereiche, die einem einen Lebensinhalt vermitteln könnten.

V. ANDICS, die Selbstmorde von Erwachsenen untersuchte, bemerkt dazu, daß Selbstmorde meist dann auftreten, wenn es zum Zusammentreffen von Schwierigkeiten in mindestens einem subjektiven, persönlichen und mindestens einem objektiven, sachlichen Bereich kommt.

Wenn bei einem Patienten erst vier oder fünf Bereiche traumatisiert werden mußten, deutet das auf den noch relativ starken Lebenswillen der Jugendlichen hin.

Zu: Stimmungen und Gefühle beim Selbstmord

In diesem Kapitel brachten wir eine Aufstellung der wichtigsten Stimmungen und Gefühle, aus denen heraus der Suicidversuch erfolgte. Stimmungen der Verzweiflung, der Ausweglosigkeit, der Entmutigung, des

Nicht-mehr-weiter-Könnens waren am häufigsten. Bei vielen dieser Patienten zeigte sich deutlich das Phänomen der Einengung, das in letzter Zeit besonders von RINGEL hervorgehoben wurde.

Der Selbstmord konnte in manchen Fällen als eine Flucht in einen tiefen Schlafzustand, wo man von allem Ruhe hat, gedeutet werden. Der Selbstmörder will dann eigentlich nicht sterben, sondern er kann bloß nicht mehr weiter so leben. Der Selbstmord hat in einem solchen Fall die Funktion eines Apells, der Selbstmörder schreit nach Hilfe. Der Selbstmord ist dann ein "cry for help", wie STENGEL treffend formuliert hat. ZWINGMANN gibt eine ähnliche Deutung. Er sagt: "Man sucht nicht den Tod als solchen, sondern hinter den Suicidgedanken steht das Bedürfnis nach anhaltender Ruhe und Erholung, nach einem Zustand des suspendierten Denkens und der Sorgenreinheit, der im Schlaf oft nicht genügend zur Auswirkung kommt. "Auch F. B. SCHNEIDER betont den Fluchtcharakter des Suicids. Der Selbstmörder fliehe jedoch nicht in den Tod, sondern aus dem unlösbaren Konflikt.

Der auch häufig beobachtete Selbstmordversuch in einer Stimmung der Wut, des Hasses, der Auflehnung und des Protestes stellte oft bewußt oder unbewußt eine drohende, heftige Anklage gegen eine andere Person dar, die einen enttäuscht hatte. Der Suicidversuch sollte in dem anderen Schuldgefühle hervorrufen. Die gegen ihn gerichteten Aggressionen sind auf die eigene Person übertragen worden. Suicidversuche dieser Art lassen sich also in ihrer psychischen Dynamik im Sinne FREUDs deuten, der auf das Phänomen der "Aggressionsumkehr" in seiner Schrift über die Melancholie hinwies. Neben dieser Wendung der nach außen gerichteten Aggression nach innen spielt hier aber sicherlich eine andere Komponente eine Rolle. Man darf bei diesem Suicidversuch nicht die vorausgegangene schwere Enttäuschung durch eine andere Person vergessen, die nicht nur zu Wut und Haß, sondern wohl auch zu Hoffnungslosigkeit geführt hat. Man könnte in diesem Sinne an SADGERS Deutung vom Selbstmord denken, nämlich, daß nur das Leben aufgabe, der Liebe zu erhoffen aufgeben mußte.

Der Suicidversuch, weil man unausgefüllt war und in seinem Leben keinen Sinn sah, war auch häufig. RINGEL hat derartige Motivierungen bei seinen jugendlichen Patientinnen ebenfalls oft beobachtet. Es kamen ferner Suicidversuche aus dem Gefühl der Verlassenheit und des Nicht-für-voll-genommen-Werdens vor. Weiterhin führten wir die Suicidversuche aus Angst und Schuldgefühlen und innerer Unruhe auf und ferner die Suicidversuche aus Angst vor einer Strafe, einer Blamage oder Ehrverlust.

Über Verletzungen des Ehrgefühls kommen Jugendliche nur schwer hinweg. Das betonen auch V. ANDICS und SCHMIDT. Wichtig erschien

uns noch die Tatsache, daß fast allen Patienten vor dem Selbstmordversuch die Möglichkeit der Aussprache, vor allem mit ihren Eltern, fehlte. Dies war zum Teil auf eine große Verständnislosigkeit der Erziehungspersonen zurückzuführen. SCHMIDT, HINTERMANN und andere Autoren berichten ebenfalls von dieser Verständnislosigkeit der Eltern bzw. Erzieher. An dem Fehlen der Aussprachemöglichkeit wird ferner die innere Vereinsamung der Patienten sichtbar. Bei RINGEL, ZUMPE und anderen wird diese innere Vereinsamung auch erwähnt.

Zu: Psychopathologie

Wir haben eine Übersicht über die wichtigen psychopathologischen Merkmale unserer Patienten gegeben.

Die Intelligenz lag bei fast allen im Bereich der Norm. Das liegt zum Teil daran, daß wir die wenigen Selbstmorde bei schwer Schwachsinnigen nicht in unserem Material einbezogen haben. Wir können uns deshalb der Auffassung FAUs anschließen, daß die Intelligenz beim Zustandekommen des Suicids keine wichtige Rolle spielt. Bei fast der Hälfte der Patienten fanden wir einen gestörten sozialen Bezug. Wir halten die Kontaktgestörtheit ebenso wie andere Autoren (STENGEL, RINGEL, ZUMPE) für einen der wichtigsten ursächlichen Selbstmordfaktoren. Wir wiesen auf die Retardierung der allgemeinen seelischen Entwicklung hin, die ebenso MOREAU und Mitarbeiter für bedeutungsvoll beim Suicid in der Adoleszenz halten. Durch die Neigung zu kurzschlüssigen und sprunghaften Handlungen erklären sich manche Selbstmorde von Jugendlichen. TRAMER und LUTZ weisen darauf hin. Bei den stimmungslabilen Personen handelte es sich vorwiegend um Psychopathen. Nach WEITBRECHT werden stimmungslabile Psychopathen oft und intensiv von grundlosen endothyment depressiven Schwankungen mit besonderer Reizbarkeit und Ansprechbarkeit heimgesucht. Das disponiert in gewissem Sinne zum Selbstmord.

Die ausgesprochene Gefühlsflachheit kann zu Freudlosigkeit und Daseinsleere führen. Bis dann das Leben weggeworfen wird, weil es gänzlich sinnlos erscheint, verläuft eine gerade Entwicklung. Auch RINGEL hebt in seiner Arbeit über den Suicid bei weiblichen Jugendlichen eine Gruppe von Mädchen besonders hervor, die sich durch Gefühlsflachheit und fehlendem Bezug zu sich selbst und zur Welt auszeichnen. Bei ihnen bestehe eine "existentielle Leere" im Sinne FRANKLs. Sie seien besonders selbstmordgefährdet. Wir können diesen Feststellungen auf Grund unserer Beobachtungen zustimmen.

Auf das Mitwirken starker Minderwertigkeitsgefühle sowie starker Angst und innerer Unruhe beim Zustandekommen des Suicids wurde hingewiesen.

Durch ein zu starkes Geltungsbedürfnis kann es nicht nur leichter zum Scheitern der Lebenspläne kommen, sondern man kann durch seine übertriebene "Angeberei" auch in soziale Isolation geraten.

Wir führten ferner aus, daß bei depressiv Strukturierten die Suicide seltener im Versuch stecken bleiben, weil die Vorbereitungen meist gut durchdacht sind und der Lebenstrieb sehr stark entkräftet ist.

Ängstliche und psychasthenische Charakterstrukturen sind u.E. wegen ihrer permanenten quälenden Beschwerden besonders selbstmordgefährdet.

Bei den hysterischen Strukturen überwogen bei weitem die Frauen. Diese setzen besonders gern den Körper zur Erreichung ihrer Ziele ein. Der Suicid ist bei ihnen teilweise ein wohl berechnetes Schauspiel. Es ist vor allem RINGEL, der darauf hinweist, daß es sich dabei aber dennoch um etwas Pathologisches handle, nämlich um eine neurotische Reaktion im Sinne einer passageren Regression. Man kann in diesem Suicid auch einen Hilfeschrei sehen.

Wir wiesen weiter auf die Gefährlichkeit auch solcher vorwiegend demonstrativer Selbstmorde hin, denn durch Unvorhergesehenes werden sie manchmal ungewollt tödlich.

Zu: Nosologie

Die diagnostische Einteilung unserer Patienten ergab bei 26 Psychopathie, 21 neurotische Entwicklung, bei 19 abnorme Reaktion, bei 11 Mischtyp zwischen Psychopathie und neurotischer Entwicklung, bei 11 reaktive Depression, bei 11 Pubertäts- bzw. Reifungskrise, bei 1 Anorexia nervosa.

Ausgehend von einer neueren Definition der Psychopathie nach HOFF versuchten wir eine Erklärung für die Suicidtendenz der Psychopathen.

Wir erwähnten die zunehmende Aufstauung der Aggressionen und ihre Entladung gegen das eigene Ich bei Neurotikern. Auf diese Tatsache wiesen schon FREUD und nach ihm viele andere Autoren hin.

Ferner sprachen wir von den besonderen Suicidgefahren während der Pubertät.

Die abnormen Erlebnisreaktionen gingen vor allem mit Affekten der Wut, Angst und Verzweiflung einher. Reaktive Depressionen traten vorwiegend bei empfindsamen, gemütsweichen Persönlichkeiten nach Verlusten und Enttäuschungen auf.

Interessant erschienen uns zwei Fälle, bei denen sich nach einem mißlungenen Suicid eine Anorexia nervosa einstellte. Der nach dem Selbstmordversuch noch bestehende Todeswunsch äußerte sich nun in Form von Nahrungsverweigerung und Tablettenabusus. Die Patientinnen wollten sich auf diese Weise langsam umbringen. Wir sprachen deshalb von Zeitlupensuicid.

Betrachtet man die diagnostische Aufschlüsselung der jugendlichen Suicidanten bei den einzelnen Autoren, so stößt man auf ziemlich große Unterschiede. Diese sind durch manche Faktoren bedingt. Sie hängen erstens vom Untersuchungsmaterial ab. Besteht das Material vorwiegend aus gelungenen Selbstmorden, so ist der Anteil der endogenen Depressionen und Schizophrenien höher (STENGEL, RINGEL und andere). Bei Psychotikern ist der Lebenswille noch mehr gestört, sie wählen meist grausamere und wirkungsvollere Selbstmordmethoden.

Es kommt weiterhin darauf an, ob bei den Selbstmordversuchen das Material einer psychiatrischen Klinik, wohin nicht alle Fälle gelangen oder einer Lebensmüdenberatungsstelle oder einer toxikologischen Station, wohin nur Personen mit bestimmten Suicidmethoden eingeliefert werden, berücksichtigt wird.

Zweitens ist die Diagnostik aber auch abhängig von den betreffenden Psychiatern. Je nach der Zeit, dem Land und der psychologischen Schule bestehen hier teils erhebliche Unterschiede. Diese beziehen sich vor allem auf die Auffassungen über Psychopathie und Neurose. Daher schwanken hier die Angaben auch so sehr.

Aus den genannten Gründen halten wir diesbezüglich Vergleich unserer Ergebnisse mit der Literatur für wenig sinnvoll. Allgemein läßt sich jedoch sagen, daß die meisten der modernen Autoren den Anteil der Neurotiker höher einschätzen.

Mein besonderer Dank gilt meinem Doktorvater,
Herrn Professor Dr. Heinz DIETRICH, für die
Stellung des Themas und die freundliche
Unterstützung bei der Arbeit.

Außerdem möchte ich der Bibliothekarin Frau Wolf,
für ihre Anregungen bei der Beschaffung der Literatur
danken.

F, LITERATURVERZEICHNIS

1. ANDICS, M. von: Über Sinn und Sinnlosigkeit des Lebens.
Gerold u. Co., Wien 1938

2. BAADER, I.: Bedeutsame psychische und soziale Ursachen
des Selbstmordes bei Kindern und Jugendlichen.
Msch. Kinderheilkunde, 103, 55, 1955.

3. BAPPERT, W.: Die Zunahme der Suicidversuche und ihre
seelischen Hintergründe.
Münc. med. Wochenschr. 104, 2408, 1962

4. BAER, A.: Der Selbstmord im kindlichen Lebensalter, eine
sozialhygienische Studie.
Georg Thieme, Leipzig 1901

5. BAYER, W. von: Neurose, Psychotherapie und Gesetzgebung.
in: Handbuch der Neurosenlehre, S. 627 ff.
Urban und Schwarzenberg, München:Berlin 1959

6. de BOOR, W.: Neuere Arbeiten über Psychologie und Psycho-
pathologie des Selbstmordes und der Selbstbe-
schädigung.
Fortschr. der Neur. u. Psychiatrie, 17, 483, 1949

7. BOURDIN, C.E.: Du suicide considéré comme maladie.
Hennuyer et Turpin, Paris 1845

8. BOWLBY, J.: Maternal Care and Mental Health
World Health Organisation, Genf 1952

9. BREMER, F.W.: Zur Vererbung der Selbstmordneigung.
Arch. Psychiat. 73, 168, 1925

10. BRICKENSTEIN, R.: Maßgebende Faktoren für das Zustandekommen
von Selbsttötung bei Soldaten der Bundeswehr.
Nervenarzt 36, 1965

11. BRUN, R.: Neurosen
in: Hoff, H.: Lehrbuch der Psychiatrie.
Benno Schwabe, Basel/Stuttgart 1956

12. BUDDE, G.: Schülerselbstmorde.
Dr. Max Jäneke, Hannover 1908

13. BÜHLER, Ch.: Psychologie im Leben unserer Zeit,
Droemer-Knauer, München/Zürich 1962
14. BUMKE, O.: Lehrbuch der Geisteskrankheiten.
2. Aufl. München 1924
15. DUBITSCHER, F.: Der Suicid.
Thieme, Stuttgart 1957
16. DURKHEIM, H.: Le suicide, étude de sociologie.
II. Edition, Félix Alcan, Paris 1912
17. EMMINGHAUS, H.: Die psychischen Störungen des Kindesalters
(Der Selbstmord im Kindesalter, S. 155 ff).
in: Handbuch der Kinderkrankheiten.
Hrsg. von Gerhardt, H. Laupp, Tübingen 1887
18. ERIKSON, E.: Das Problem der Identität, Entfaltung der
Psychoanalyse.
Klett, Stuttgart 1957
19. ESQUIROL, E.: Die Geisteskrankheiten in Beziehung zur Medi-
zin und Staatsarzneikunde.
I. Bd., Kap. X, Berlin 1838
20. EULENBURG, A.: Schülerselbstmorde.
Sonderabdruck aus Jahrgang 5 der Monats-
schrift für pädagogische Reform
"Der Saemann". B.G. Teubner, Leipzig 1909
21. FAU, R., R. CHATEAU, M. MACHU:
Le suicide chez l'adolescent à propos de
23 observations médico-Psychologiques.
Ann. méd. psychol., 123, 1, 1965
22. FRANKL, V.: Der Unternehmer im Spannungsfeld des Zeit-
geistes.
Österr. Ärztezeitung, 22, 13, 1958
23. FREUD, S. Trauer und Melancholie.
Ges. Werke X, Imago Publ. Co., London 1946
24. FREUDELL, P.: Epikrise zu 700 Selbstmordversuchen.
Psychiat. Neurol. und med. Psychol. 4, 147,
1952.

25. GAUPP, R.: Über den Selbstmord.
Verlag der "Ärztlichen Rundschau", München 1905
26. GEISLER, E.: Psychische Schäden nach sexuellen Widerfahrnissen.
in: Jahrbuch und Jugendpsychiat. Bd. III,
Bern/ Stuttgart 1962
27. GERHARDT, O.: Über die Schülerelbstmorde.
Weidmannsche Buchhandlung, Berlin 1909.
28. GRUHLE, H. W.: Selbstmord.
Thieme, Leipzig 1940.
29. GURLITT, L.: Schülerelbstmorde.
Concordia Hermann Ehbock, Berlin 1908
30. HINTERMANN, R.: Ursachen des Selbstmordes bei Jugendlichen.
Dissertation der phil. Fakultät, Zürich 1954
31. HOCHÉ, A.: Schülerelbstmorde.
Deutsche Revue, 38, 328, 1913
32. HOFF, H. Lehrbuch der Psychiatrie.
Benno Schwabe, Basel/Stuttgart 1956
33. KRAFFT-EBING, R. von:
Lehrbuch der Psychiatrie.
7. Aufl. Stuttgart 1903
34. KRAEPELIN, E.: Einführung in die psychiatrische Klinik
4. Aufl. 1921
35. LUTZ, J.: Kinderpsychiatrie.
Rotapfel, Zürich:Stuttgart 1964
36. MEIER, E.: Die Ursachen der Sterbefälle von Kleinkindern,
Schulkindern und Jugendlichen im Bundesgebiet
1952 - 1959.
Bundesgesundheitsblatt, 5. Sept. 1962, S. 281 ff.
37. MEINERTZ, F.: Heilpädagogik.
Julius Klinkhardt, Bad Heilbrunn, 1962
38. MENNINGER, K.: Man against himself.
Harcourt, Bace and Company, New York 1938

39. MOUREU, P., A. TATGOSSIAN, G. BLUMEN et P. GUIN:
La tentative de suicide du sujet jeune.
Ann. méd.-psychol. 124, 1, 1966.
40. NETER, E.:
Schülerselbstmorde.
Allgem. Zschr.f. Psychiatr. 68, 48, 1911.
41. PARNITZKE, K.H.:
Bemerkungen zum Selbstmordgeschehen der
letzten Jahre.
Psychiat. Neurol. und med. Psychol. 13,
397, 1961.
42. POROT, M., A.-J. COUDERT, J. GIRARD, C. JEAN et M. COLLET:
Réflexions sur la conduite suicidaire chez les
adolescentes.
Referat vom Sixth Intern. Congr. of Child
Psychiatrie, Edinburgh, Juli 1966
in Acta Pädopsychiatrica, 33, 225, 1966
43. RINGEL, E.:
Der Selbstmord, Abschluß einer krankhaften
psychischen Entwicklung.
Wilh. Maudrich, Wien/Düsseldorf 1953
44. ROST, H.
Bibliographie des Selbstmordes.
Literar. Institut von Haas und Grabherr
Augsburg 1927
45. SADGER, J.:
Ein Beitrag zum Problem des Selbstmord:
Zschr. psychoanal. Pädag. 3, 423, 1929
46. SCHMIDT, G.:
Selbstmordversuche Jugendlicher.
Allgem. Zschr. für Psychiatrie 112, 32, 1939
47. SCHNEIDER, Pierre-B.:
La tentative de suicide, étude statistique,
clinique, psychologique et catamnétique.
Delachaux et Niestlé, Neuchatel/Paris 1954
48. SCHUTZ-HENKE, H.:
Der gehemmte Mensch.
2. Aufl., Thieme, Stuttgart 1965
49. SHEIDMAN, E. u. N. FARBEROW:
Clues to suicide.
Mc. Graw-Hill Book Company, New York 1957
50. SIEGERT, G.:
Das Problem der Kinderselbstmorde.
R. Voigtländer, Leipzig 1893.

51. SPITZ, R. A.: Die Entstehung der ersten Objektbeziehungen.
Klett, Stuttgart 1956
52. SPOERRI, Th.: Kompendium der Psychiatrie.
4. Aufl., Akadem. Verlagsgesellschaft,
Frankfurt am Main 1966
53. STENGEL, E.: Selbstmord und Selbstmordversuch.
Psychiatrie der Gegenwart, Bd. III, Springer,
Berlin, S. 51 ff., 1961
Neuere Forschungsarbeiten über das Selbst-
mordproblem.
in: Selbstvernichtung, herausgegeben von
Zwingmann,
Akad. Verlagsges. Frankfurt am Main 1965
54. STUTTE, H.: Kinder- und Jugendpsychiatrie,
in: Psychiatrie der Gegenwart, Bd. II
Springer, Berlin 1960
55. TRAMER, M.: Lehrbuch der allgem. Kinderpsychiatrie:
3. Aufl., Benno Schwabe, Basel 1949
56. THOMAS, K.: Handbuch der Selbstmordverhütung.
Ferdinand Enke, Stuttgart 1964
57. WAAGE, G.: Selbstmordversuche bei Kindern und Jugend-
lichen.
Prax. Kinderpsychol. und Jugendpsych. 15, 1,
1966
58. WEITBRECHT, H.J.: Psychiatrie, Berlin 1963
Springer, Berlin 1963
59. WINKLER, W.F.: Über den Wandel in Häufigkeit, Bedingungen und
Beurteilung des Suicids in der Nachkriegszeit.
Der öffentl. Gesundheitsdienst. 22, 135, 1960
60. ZWINGMANN, Ch.: Selbstvernichtung, Einführung.
In: Selbstvernichtung, hrsg. von Zwingmann
Akademische Verlagsgesellschaft, Frankfurt a. M. 1965
61. ZUMPE, L.: Selbstmordversuche von Kindern und Jugendlichen.
Zeitschrift für Psychother. und mediz. Psychol.,
6, 223, 1959.

LEBENS LAUF

Am 18. Juli 1942 wurde ich in Essen geboren, als Sohn des Dr. Wilhelm Oversohl, Diplom-Chemiker, und seiner Ehefrau Elisabeth, geb. Heller.

Mein Abitur legte ich im Juni 1961 an der Deutschen Schule in Barcelona ab.

Das Medizinstudium begann ich in Münster. Nach bestandem Physikum verbrachte ich als Austauschstipendiat der Universität Münster ein halbes Jahr an der Medizinischen Fakultät der Universität Lille. Von dort wechselte ich nach München, wo ich im Sommersemester 1968 das medizinische Staatsexamen ablegte.

